

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM**  
**CUIDADOS PALIATIVOS**  
**PAUTA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA**



**IMIP**

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

JUREMA TELLES DE OLIVEIRA  
FLÁVIA AUGUSTA DE ORANGE  
MIRELLA REBELLO BEZERRA  
GABRIELLE RIBEIRO SENA  
TERESA DE LIMA GUSMÃO  
(Organizadoras)

## **Pauta de Cuidados Paliativos para a Atenção Primária**

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA  
1ª. Edição



Recife  
2016

Ficha Catalográfica  
Preparada pela Biblioteca Ana Bove  
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

---

- P335 Pauta de cuidados paliativos para a atenção primária / editoras Jurema Telles, Flávia Augusta de Orange, Mirella Rebello, Gabrielle Ribeiro Sena, Teresa Gusmão – Recife : IMIP, 2016. 106 p.: il.

ISBN 978-85-5525-006-4

1. Cuidados Paliativos. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Assistência Domiciliar. I. Telles J. II. Orange FA. III. Rebello M. IV. Sena GR. V. Gusmão T. VI. Moraes A. VII. Araújo AC. VIII. Acioli A. IX. Bezerra AMA. X. Bormann B. XI. Ximenes CV. XII. Serejo C. XIII. Câmara DB. XIV. Andrade F. XV. Melo G. XVI. Melo HMA. XVII. Silva JAM. XVIII. Pachêco J. XIX. Cavalcanti LS. XX. Cordeiro M. XXI. Cabral M. XXII. Nascimento P. XXIII. Melo RC. XXIV. Matos RMA. XXV. Farias RA. XXVI. Borba SKM. XXVII. Vasconcelos SX. XXVIII. Ribeiro SZ. XXIX. Pádua T. XXX. Araújo TCS. XXXI. Título.

CDD 616.029

---

## EDITORAS

### **JUREMA TELLES DE OLIVEIRA**

MÉDICA ONCOLOGISTA, SUPERVISORA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CANCEROLOGIA DO IMIP, TUTORA DA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS), ONCOLOGISTA CLÍNICA E COORDENADORA DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA CLÍNICA DO IMIP.

### **FLÁVIA AUGUSTA DE ORANGE**

MÉDICA ANESTESIOLOGISTA, DOUTORA PELA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), PROFESSORA DO Mestrado Profissional Associado à Residência em Saúde em Cuidados Paliativos do IMIP.

### **MIRELLA REBELLO BEZERRA**

MÉDICA GERIATRA, COORDENADORA DA RESIDÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS E CHEFE DA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DO IMIP.

### **GABRIELLE RIBEIRO SENA**

MÉDICA RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PELO IMIP E MESTRANDA EM CUIDADOS PALIATIVOS PELO IMIP.

### **TERESA PAULA DE LIMA GUSMÃO**

ODONTÓLOGA PÓS-GRADUADA PELA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS PELO IMIP E MESTRANDA EM ODONTOLOGIA INTEGRADA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE).

## COLABORADORES

### **ADOLFO VINICIUS ANDRADE DE MORAES**

EDUCADOR FÍSICO PÓS-GRADUADO EM SAÚDE DO IDOSO PELO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO IMIP.

### **ANA CAROLINA ARAÚJO**

NUTRICIONISTA, RESIDENTE DO PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS, PÓS-GRADUADA EM NUTRIÇÃO CLÍNICA - METABOLISMO, PRÁTICA E TERAPIA NUTRICIONAL PELA UNIVERSIDADE GAMA FILHO.

### **ANDERSON ACIOLI SOARES**

MÉDICO GERIÁTRA PÓS-GRADUADO EM CUIDADOS PALIATIVOS PELA RESIDÊNCIA DO IMIP E MESTRE EM CUIDADOS PALIATIVOS PELO IMIP.

### **ANDRESSA MARIA ALVES BEZERRA**

ASSISTENTE SOCIAL, RESIDENTE DO PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS DO IMIP.

### **BRENO AUGUSTO BORMANN DE SOUZA FILHO**

EDUCADOR FÍSICO PÓS-GRADUADO EM SAÚDE DO IDOSO PELO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO IMIP E EM REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR E METABÓLICA PELA UPE, PÓS-GRADUADO EM ONCOLOGIA MULTIDISCIPLINAR PELA FPS/IMIP E MESTRE EM CUIDADOS PALIATIVOS PELO IMIP.

### **CAMILA VIANA XIMENES**

ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA FPS.

### **CARLA KARINA SEREJO**

PSICÓLOGA RESIDENTE DO PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE PELO IMIP.

### **DAVI DE BRITO C MARA**

MÉDICO GERIATRA, RESIDENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS PELO IMIP E MESTRANDO EM CUIDADOS PALIATIVOS PELO IMIP.

### **FABIANA MOURA DA MOTTA SILVEIRA**

ODONTÓLOGA, PROFESSORA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO E COORDENADORA DA RESIDÊNCIA DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR DO IMIP.

### **FABRICIA ANDRADE**

MÉDICA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE FORMADA PELA UPE.

### **GUILHERME ARAGÃO MELO**

ODONTÓLOGO RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE PELO IMIP.

### **HUGO MOURA DE ALBUQUERQUE MELO**

MÉDICO GERIATRA, PROFESSOR DA UFPE, MESTRE EM CUIDADOS PALIATIVOS.

### **JÉSSICA ALLINE DE MELO E SILVA**

ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE DO PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO IDOSO E MESTRANDA EM CUIDADOS PALIATIVOS PELO IMIP.

### **JULLYANE FLORENCIO PACHÊCO DA SILVA**

FONOAUDIÓLOGA, RESIDENTE DO PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL EM DE SAÚDE DO IDOSO PELO IMIP E MESTRE EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA PELA UFPE.

### **LARISSA SOBRAL CAVALCANTI**

MÉDICA RESIDENTE EM RADIOLOGIA DO IMIP E MESTRANTA EM CUIDADOS INTENSIVOS PELO IMIP.

### **MABELE CORDEIRO**

NUTRICIONISTA PÓS-GRADUADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE PELO PROGRAMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO IMIP.

### **MAGNO CABRAL**

MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PELA SESAU.

### **PAMELA JOYCE FERREIRA DO NASCIMENTO**

TERAPEUTA OCUPACIONAL PÓS-GRADUADA EM SAÚDE DO IDOSO PELO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO IMIP, ESPECIALISTA EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM SAÚDE DA FAMÍLIA PELO INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL E MESTRE EM CUIDADOS PALIATIVOS PELO IMIP.

### **RAFAELA DO COUTO MELO**

FONOAUDIÓLOGA RESIDENTE DO PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS PELO IMIP E MESTRE EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA PELA UFPE.

**RAÍSA MAYARA ALVES DE MATOS**

TERAPEUTA OCUPACIONAL RESIDENTE DO PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO IDOSO PELO IMIP E ESPECIALISTA EM TERAPIA OCUPACIONAL NEUROFUNCIONAL PELO IMIP.

**ROBERTA ALMEIDA FARIAS**

ENFERMEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS COM PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E ONCOLOGIA.

**SANDRA KATIA MACIEL BORBA**

ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA FPS.

**SARA XAVIER VASCONCELOS**

PSICÓLOGA PÓS-GRADUADA EM CUIDADOS PALIATIVOS PELO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO IMIP E MESTRE EM CUIDADOS PALIATIVOS PELO IMIP.

**SARAH ZAYANNE RIBEIRO**

ENFERMEIRA PÓS-GRADUADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA PELA RESIDÊNCIA DO IMIP E MESTRE EM CUIDADOS PALIATIVOS PELO IMIP.

**TALITA DE PÁDUA**

TERAPEUTA OCUPACIONAL DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E CASA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO IMIP, ESPECIALISTA EM SAÚDE PÚBLICA E EM SAÚDE DA FAMÍLIA PELA CBPEX/FACISA E PRECEPTORA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO IDOSO DO IMIP.

**TATIANA CRISTINA SOUZA ARAÚJO**

ENFERMEIRA RESIDENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS PELO IMIP.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ESTAMOS PREPARADOS PARA ESSE DESAFIO?</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>CONHECIMENTO BASEADO EM EVIDÊNCIAS</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>ATENÇÃO DOMICILIAR - PROPONDO UM PLANO DE CUIDADO</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>ABORDANDO A PERDA DA AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>PROCURAÇÃO E CURATELA: UMA QUESTÃO DE DIREITO</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>VIOLÊNCIAS: COMO IDENTIFICAR? ONDE DENUNCIAR?</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>A NOTÍCIA: VAMOS CONVERSAR?</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>CONCEITOS BASICOS DE ALIMENTAÇÃO E NÃO ALIMENTAÇÃO</b>	<b>36</b>
<b>9</b>	<b>LUTO E ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA</b>	<b>44</b>
<b>10</b>	<b>CONTROLE DA DOR</b>	<b>51</b>
<b>11</b>	<b>CONTROLE DA DISPNEIA</b>	<b>62</b>
<b>12</b>	<b>CONTROLE DA CONSTIPAÇÃO</b>	<b>67</b>
<b>13</b>	<b>O MITO DA MORFINA</b>	<b>75</b>
<b>14</b>	<b>LESÃO POR PRESSÃO: PREVENÇÃO, IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E MANEJO ADEQUADO</b>	<b>79</b>
<b>15</b>	<b>DESCOBRINDO A HIPODERMÓCLISE</b>	<b>89</b>
<b>16</b>	<b>O DESCONFORTO PODE COMEÇAR PELA BOCA</b>	<b>99</b>

## PREFÁCIO

Neste século XXI, no Brasil, caminhamos para grandes desafios na saúde e na Sociedade: o rápido envelhecimento, o crescimento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), sem a resolução de antigos problemas, um modelo ainda de formação e de cuidado fragmentados e mudanças no viver e no morrer.

E afinal de que cuidados paliativos falamos? Quem precisa de cuidados paliativos? Quem deve oferecer cuidados paliativos? Quem deve aliviar uma dor? O que é uma dor total?

Um cuidado personalizado a pessoas e seus familiares que enfrentam doenças graves que ameacem a vida e causem sofrimento. Um cuidado que deve ser oferecido cada vez mais precoce. Um cuidado que não pode ser restrito ao ambiente hospitalar e muito menos as unidades de cuidados paliativos. Um cuidado que muitas pessoas e profissionais de saúde não vivenciam, mas que faz toda a diferença. Um cuidado interdisciplinar e com vários níveis de atenção e possibilidades. Um cuidado construído no diálogo. E não há como oferecer isto sem o envolvimento e a contribuição da atenção primária. Disto que estamos falando.

É preciso construir juntos um modelo de cuidado centrado na pessoa e em suas necessidades. Parece óbvio, mas é uma mudança de paradigma, um exercício de Empatia. Principalmente em um momento de maior necessidade e vulnerabilidade.

Esta pauta não se propõe a ser um protocolo rígido, mas um facilitador no caminho de oferecer o cuidado paliativos em vários cenários de cuidados. É mais um passo nesta caminhada de tornar o cuidado paliativo um cuidado acessível a todos por todos. Que traga soluções, dúvidas, vontade de conhecer mais e qualificar a prática. E principalmente estimule o diálogo na construção de um modelo de cuidado inovador, centrado nas pessoas.

Se conseguirmos aliviar um sofrimento, chamar a instigar a necessidade de um conhecimento transversal e crescente em cuidados paliativos, cumprimos a missão.

“Vida longa, morte breve”. Um provérbio Árabe. Este provérbio nos remete a reflexão do viver plenamente até o fim e ao nosso poder crescente de prolongar o processo de morrer de todas as formas.

E você o que tem a haver com isso?

**Jurema Telles de Oliveira**

Coordenadora do serviço de oncologia clínica do IMIP.

## **CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ESTAMOS PREPARADOS PARA ESTE DESAFIO?**

**Gabrielle Ribeiro Sena**

A transição clínico epidemiológica observada nos últimos anos, caracterizada pelo envelhecimento progressivo da população mundial e pelo aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, fez dos conhecimentos básicos a respeito da Palição uma necessidade para todos os profissionais de saúde. O treinamento e a capacitação em cuidados paliativos tornaram-se, então, aspectos importantes para exercício do cuidar<sup>1,2</sup> e necessários desde o início da abordagem terapêutica<sup>3</sup>.

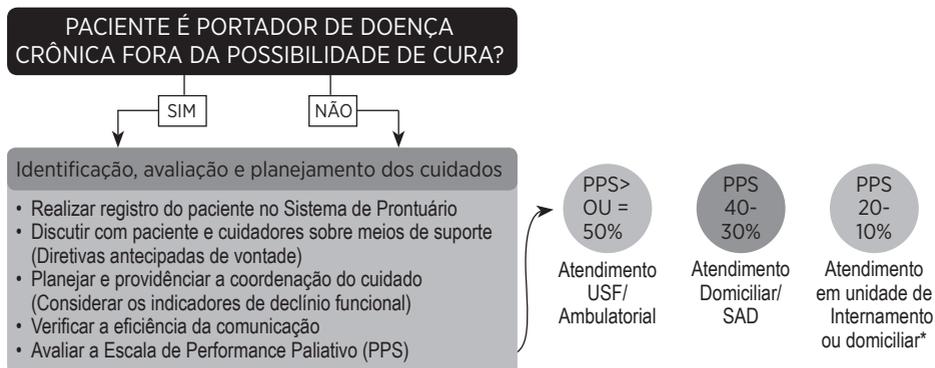
Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) os Cuidados Paliativos consistem em uma abordagem que tem como objetivo a promoção da qualidade de vida aos pacientes com doenças ameaçadoras da vida e/ou potencialmente fatais e aos seus familiares<sup>4</sup>. No Brasil, o início dessa estratégia ocorreu ainda na década de 80 e teve seu crescimento significativo a partir de 2000. Hoje, segundo a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), conta-se com aproximadamente 65 centros de referência em palição em todo território nacional, sendo 3 localizados em Pernambuco (Hospital do Câncer de Pernambuco, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira e Hospital Universitário Oswaldo Cruz).

Vale salientar, que a implantação adequada de um programa de saúde que promova os cuidados paliativos deve envolver os diversos níveis de atenção ao paciente<sup>5</sup>. Estudos concordam que considerando os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização, a sistematização de diretrizes para implantação da palição na Atenção Primária em Saúde (APS) é uma iniciativa essencial, uma vez que, este é o nível de assistência que melhor proporciona condições de cuidado ao paciente e aos familiares<sup>6,7</sup>. Isso se deve ao fato de que a proximidade geográfica, cultural e emocional dos profissionais com os pacientes possibilita um atendimento mais humanizado, centrado na pessoa doente, numa visão global e holística, integrando aspectos psicossociais e familiares, permitindo, inclusive o cuidado domiciliar<sup>2, 6,8</sup>.

Todavia, apesar desta evolução dos cuidados paliativos no Brasil e no mundo, muitos pacientes ainda morrem antes de serem reconhecidos como aptos para a palição. Há indicação de cuidados paliativos para todas as doenças para as quais não existe expectativa de cura e que seu tratamento pode trazer sofrimento, como por exemplo, o diagnóstico de uma doença oncológica, esclerose lateral amiotrófica, demência, insuficiência cardíaca, dentre outras. Sendo assim, pensando que pallium significa manto, fica claro que os cuidados paliativos visam proteger, ou minimizar o sofrimento associado às doenças ameaçadoras da vida.

Nesta direção, a indicação de Cuidados Paliativos deve iniciar-se de forma precoce, desde o diagnóstico até a fase do luto. Podemos observar no fluxograma abaixo quando indicar.

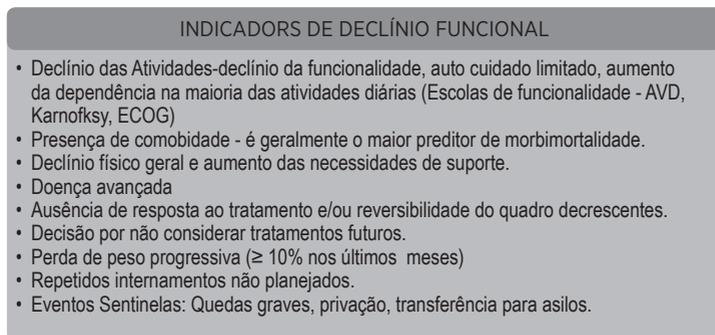
**Figura 1.** Indicação e acompanhamento de pacientes para cuidados paliativos



**Fonte:** [Adaptado de *The GSF Prognostic Indicator Guidance The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier recognition of patients nearing the end of life, 2011*]

\*A decisão de encaminha o paciente para uma unidade de internamento deve ser pactuada previamente com o paciente ou com a família, podendo o paciente permanecer em casa se assim for o seu desejo.

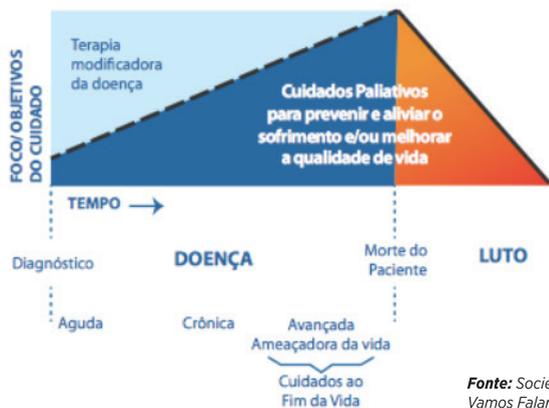
**Figura 2.** Indicadores de declínio funcional



**Fonte:** [The GSF Prognostic Indicator Guidance The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier recognition of patients nearing the end of life, 2011]

Frequentemente os cuidados paliativos são reconhecidos apenas como cuidados de fim de vida, todavia, a palição deve ser iniciada ainda no diagnóstico, destacando uma adequada comunicação e controle efetivo dos sintomas, com a finalidade de diminuir sofrimento e melhorar a qualidade de vida. Dessa forma, os cuidados de fim de vida encontram-se inseridos dentro deste contexto, sendo também considerados cuidados paliativos, no entanto aplicados na fase avançada e terminal da doença. Assim, pode-se dizer que cuidados paliativos e cuidados de fim de vida não são sinônimos, estando na verdade o segundo inserido dentro do primeiro, como podemos observar no gráfico abaixo.

**Figura 3.** [O Papel dos Cuidados Paliativos durante a Doença e o Luto]



**Fonte:** Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). *Vamos Falar de Cuidados Paliativos*. 2015, Brasil

Por isso, faz-se premente a discussão sobre o desenvolvimento e implantação de ferramentas voltadas para a atenção primária, com a finalidade de auxiliar as equipes no reconhecimento dos indivíduos que se beneficiariam da palição e orientem o acompanhamento desses na própria comunidade, quando possível. Algumas ferramentas disponíveis são Supportive and Palliative Care Indicators Tool<sup>9</sup>, Gold Standards Framework (GSF) Prognostic Indicator Guidance<sup>10</sup> e Liverpool Care Pathway<sup>11</sup>.

Ademais, pacientes esperam, na verdade, que os médicos de família promovam o cuidado compassivo, sendo portadores do conhecimento necessário e tendo papel central na coordenação do cuidado<sup>12</sup>. Inclusive, a ANCP define que o primeiro nível de cuidado em palição deve ser dispensado em nível comunitário por equipe da Estratégia de Saúde da Família devidamente treinada. A European Association of Palliative Care (EAPC), considera, também, essencial à prática de cuidados paliativos por parte dos médicos de família<sup>8</sup>, destacando se, dessa forma, o papel das Unidades Básicas de Saúde da Família dentro de um modelo de atenção à saúde em rede, compartilhando a responsabilidade pelo cuidado e oferecendo suporte por equipes multiprofissional e especializadas na resolução de problemas difíceis <sup>5,3</sup>.

Na prática, hoje, esses cuidados ainda são insuficientes quando exercidos fora de um centro de referência, dependendo de ações isoladas de alguns profissionais, com ações individualizadas e, muitas vezes sem continuidade<sup>5</sup>. As incertezas da trajetória das doenças, a falta de colaboração de uma equipe multiprofissional e a pouca compreensão da gravidade pelos pacientes são identificados como barreiras para a provisão do cuidado dos pacientes paliativos<sup>11</sup>. No Brasil, em particular, questões relacionadas à falta de infraestrutura e de uma rede de referência bem articulada também podem ser consideradas como barreiras importantes dentro do processo de implantação e fortalecimento dos cuidados paliativos na atenção primária<sup>5</sup>.

Portanto, tornou-se urgente a mudança da estrutura hospitalocêntrica e estritamente curativa que ainda impera no âmbito da saúde no país, uma vez que pacientes ainda são submetidos a sofrimentos e dor em função da falta de

atenção especializada em alguns locais. O cuidado paliativo possibilita a morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, destacando-se a vida que ainda pode ser vivida<sup>3</sup>. É como faz refletir Cora Coralina “[...] não podemos acrescentar dias a nossa vida, mas podemos acrescentar vida aos nossos dias.”

Dessa forma, estaríamos nós preparados para mudanças no sentido de tornar as informações e o treinamento em cuidados paliativos uma realidade para a APS? Estaríamos nós preparados para esse desafio? Esses questionamentos já veem sendo respondido por alguns centros de referência em medicina paliativa, como o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), que por meio de programas de educação permanente têm permitido a orientação e capacitação de profissionais que trabalham em Unidades de Saúde da Família, sendo inserido inclusive como disciplina na formação dos novos residentes de medicina de família e comunidade do IMIP.

## REFERÊNCIAS

- 1. OPAS** – Organização Panamericana de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- 2. ANCP** – Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2ª. ed. Rio de Janeiro, RJ, 2012.
- 3. Augusto**, C. F.; Roland, F. S. Desafios Morais e operacionais na inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. Rio de Janeiro, 2007.
- 4. WHO**. World Health Organization. Definition of Palliative Care, 2002.
- 5. CREMESP** – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 1ª. ed.São Paulo, SP, 2008.
- 6. Lobato**, M. S. R. S. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, 2014.
- 7. Stefanoni**, D. C. e Terezinha, S. F. M. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. São Paulo, 2012.
- 8. Aguiar**, H. Os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários – o desafio para o século XXI- Ver Port Med Geral Fam 2012; 28:442-7
- 9. Mason**, B. at al Developing a computerised search to help UK General Practices identify more patients for palliative care planning: a feasibility study BMC Family Practice 2015.
- 10. The GSF** Prognostic Indicator Guidance The National GSF Centre’s guidance for clinicians to support earlier recognition of patients nearing the end of life- Royal College of General Practitioners, 2011
- 11. Neuberger**, J.B. at al -More care, less pathway a review of the Liverpool care pathway- 2013
- 12. Oishi**, A e Murtagh, F. E. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: A systematic review of views from patients, carers and health-care professionals Palliative Medicine, Vol. 28(9) 1081-1098, 2014.

## CONHECIMENTO BASEADO EM EVIDÊNCIAS

Magno José Oliveira Lima Cabral

A medicina ao longo dos anos passou por inúmeras mudanças. Apesar disso, seu objetivo principal, o cuidado ao paciente, permanece imutável, gerando contínuos desafios a serem vencidos de forma individual em cada decisão médica tomada.

### Medicina Baseada em Evidências- MBE

A MBE se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica para melhorar a qualidade da assistência médica<sup>2</sup>. Avaliar criticamente os estudos significa discernir sobre a validade dos resultados dos estudos e entender o quanto a existência de vies pode afetar os resultados. A avaliação crítica inclui a relevância (importância clínica), a confiabilidade (validade interna) e a aplicação dos resultados na clínica (validade externa)<sup>3</sup>.

*A MBE utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica<sup>4</sup>.*

### Prática Baseada em Evidências (PBE)

À medida que os preceitos da MBE foram incorporados a outras disciplinas, passou a ser chamada de Prática Baseada em Evidências<sup>5,6</sup>.

A PBE associada à medicina teve seu início no Canadá com um grupo de estudos da Universidade McMaster, na década de 1980, com a finalidade de promover a melhoria da assistência à saúde e do ensino. A promoção da PBE ocorreu em decorrência da necessidade de aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde e diminuir os custos operacionais<sup>6</sup>.

Bons profissionais de saúde utilizam tanto sua vivência clínica quanto as melhores evidências disponíveis na sua tomada de decisão. Mesmo uma evidência científica de qualidade pode não se aplicar a um determinado paciente. Ensaios de efetividade gerados em países ou populações com características muito diversas nem sempre podem ser aplicados ao nosso paciente<sup>6</sup>.

### Saúde baseada em evidências (SBE)

A SBE é definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica, e consiste em tentar melhorar a qualidade da informação na qual se baseiam as decisões em cuidados de saúde. Ajuda o profissional a encontrar e aplicar a informação mais útil, evitando a sobrecarga de informações, avaliando e diminuindo as incertezas<sup>6,7</sup>.

## Efetividade, eficiência, eficácia e segurança

Quando abordamos o tratamento e falamos em evidências, referimo-nos a efetividade, eficiência, eficácia e segurança. Referimo-nos à eficácia quando o tratamento funciona em condições de mundo ideal, por outro lado, efetividade diz respeito ao tratamento que funciona em condições do mundo real e a eficiência diz respeito ao tratamento com melhor resultado e mínimo de dispêndios. E, por último, a segurança significa que uma intervenção possui características confiáveis que tornam improvável a ocorrência de algum efeito indesejável para o paciente<sup>8</sup>.

## Grau de Recomendação

A elaboração do grau de recomendação reflete os níveis de evidência científica e a sua capacidade de modificar e orientar a tomada de decisão final. A correspondência entre o grau de recomendação e a força de evidência científica é descrita em detalhes na Tabela 1 a seguir:

**Tabela 1.** Grau de recomendação <sup>19</sup>

**A**

Estudos com excelentes níveis de evidência e, portanto com forte grau de recomendação. Conduta recomendada rotineiramente. Os benefícios possuem peso maior que o dano. Há boas evidências para se apoiar a recomendação.

**B**

Estudos de menor consistência. Há benefício na escolha em relação aos riscos de danos. Há evidências razoáveis para apoiar a recomendação.

**C**

Relatos de casos, estudos não controlados. Mínimas evidências satisfatórias. Portanto, não se justificam a generalização de sua recomendação. Há evidências insuficientes, contra ou a favor.

**D**

Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais. Há evidência para descartar a recomendação.

Com base nas melhores evidências disponíveis, na ausência de evidências de alta qualidade, existem guidelines (guias), criados por consenso de especialistas no assunto, com o objetivo de uniformizar a assistência, adaptar à realidade local, levando em conta o custo-benefício das intervenções. Os guidelines buscam focar questões clínicas específicas, através de processos explícitos, visando dar assistência aos clínicos e planejadores de saúde pública<sup>10</sup>. Nesta direção, esta pauta foi construída com as melhores evidências disponíveis, na tentativa de guiar de forma adequada a prática do profissional de saúde na atenção básica.

## REFERÊNCIAS

1. Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes: 2000. Associação Médica Brasileira. São Paulo
2. Lopes AA. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. Rev Ass Med Brasil 2000; 46(3): 285-8.
3. Oliveira DAL. Práticas Clínicas Baseadas em Evidências. 2014.
4. El Dib RP. Como praticar a medicina baseada em evidências. J Vasc Bras 2007;6(1):1-4.
5. Young S. Evidence-based management: a literature review. J Nurs Manage 2002; 10(3): 145-51.
6. Bosi PL. Saúde Baseada em Evidências. Campinas. p. 3-14.
7. Cetro Cochrane do Brasil. Saúde Baseada em Evidências [acesso em 27 jan 2016]. Disponível em: [http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=13](http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=13).
8. El Dib RP, Atallah AN. Evidence-based speech, language and hearing therapy and the Cochrane Library's systematic reviews. São Paulo Med J. 2006;124:51-4.
9. Centre for evidence-based medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (March 2009) [acesso em 27 jan 2016]. Disponível em: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>
10. Atallah AN, Castro AA. Fundamentos da pesquisa clínica. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

## **ATENÇÃO DOMICILIAR: PROPONDO UM PLANO DE CUIDADOS**

**Hugo Moura de Albuquerque Melo**

**Flávia Augusta de Orange**

Cuidados paliativos consistem em um cuidado diferenciado que visa à prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, da adequada avaliação e tratamento da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais, promovendo a qualidade de vida do paciente e de seus familiares<sup>1</sup>.

Dessa forma, levando em consideração uma perspectiva não necessariamente curativa e mais centrada na qualidade de vida, foi criado no Brasil o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos que afirma que se deve “estimular a organização de serviços de saúde multidisciplinar para a assistência a pacientes com dor e que necessitam de cuidados paliativos”<sup>2</sup>.

Seguindo ainda um modelo de saúde menos hospitalacêntrico, nota-se uma tendência em transferir o paciente em Cuidados Paliativos do ambiente hospitalar para o domiciliar, com o propósito de tornar a vida mais humanizada e a morte mais natural<sup>3</sup>.

Vale salientar, que o sistema de atenção a saúde no Brasil vem passando por intensas transformações, que se fazem necessárias pelas mudanças no processo saúde-doença, transição demográfica e crescimento populacional e a medida que essas mudanças foram ocorrendo surgiu a necessidade de otimizar o modelo de atenção aos cuidados, tendo em vista a sobrecarga do modelo de tratamento hospitalar com gastos elevados e tempo prolongado de internamento<sup>4</sup>. A análise do nosso modelo de atenção deve portanto ter como metas reduzir o tempo de internamento hospitalar, criar novos espaços físicos de assistência e utilizar melhor as novas tecnologias. Todavia, pensar neste novo modelo de assistência, implica também em repensar o processo saúde-doença e as necessidades da população<sup>5</sup>.

Nesta direção, a atenção domiciliar surgiu como uma alternativa para acelerar a alta hospitalar, mas mantendo a segurança dos cuidados de saúde necessários. Dessa forma, foi possível dar continuidade à assistência à saúde fora do hospital, no conforto domiciliar, tendo o suporte psicológico da família mais presente<sup>6</sup>.

A atenção domiciliar no SUS avança na concepção como serviço que deve estar articulado em rede, organizar-se em equipes multiprofissionais de referência para certa população e cujo público-alvo não se restringe àquele oriundo de internação hospitalar, podendo haver demanda referenciada da atenção básica, de unidades de pronto atendimento, de ambulatórios e até como demanda espontânea<sup>7</sup>.

O serviço de atenção domiciliar (SAD), como parte integrante do programa Melhor em Casa, é definido como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial. Tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência

de usuários internados. Esta desinstitucionalização é muito importante no processo de construção da autonomia dos usuários e na humanização da atenção, oferecendo, inclusive, condições para seguimento domiciliar de pacientes em cuidados paliativos em momentos finais da vida, aumentando a proximidade da família e mantendo o paciente no conforto do lar<sup>8</sup>.

Vale ressaltar, que o trabalho multidisciplinar assume fundamental importância para a abordagem da saúde dos usuários da assistência domiciliar, e deve envolver, além dos profissionais, o paciente e seus familiares<sup>9</sup>. Dessa forma, os familiares/cuidadores tornam-se figura precípua no plano de cuidados desses pacientes, e cabe aos profissionais dirimir quaisquer dificuldades enfrentadas pelos cuidadores que possam estar relacionadas com: a falta de informação em relação à doença e ao prognóstico, situação financeira, conflito entre o sentimento de quem cuida e de quem é cuidado, falta de conhecimento sobre a própria doença, entre outros. Estas dificuldades podem se tornar mais intensas ou minimizadas por meio de informações básicas sobre o cuidado<sup>10, 11</sup>.

Dessa maneira, torna-se um desafio para as equipes do Melhor em Casa centrar na lógica da produção do cuidado, visto que se traduz no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que, além de contemplarem os procedimentos necessários, como curativo, sondagem, busca integrar as relações humanas, o vínculo e o acolhimento<sup>12</sup>.

A assistência em domicílio pode possibilitar elevado grau de humanização, envolvendo a família nos cuidados, bem como no amparo afetivo ao paciente, trazendo benefícios como a redução de complicações decorrentes de longas internações hospitalares e dos custos das tecnologias dos doentes hospitalizados<sup>13, 14</sup>.

Todavia, vale lembrar que este suporte domiciliar em cuidados paliativos exige uma rede de assistência disponível e flexível, que possa oferecer um controle efetivo dos sintomas mais estressores e uma morte digna ao paciente, em um ambiente onde, dentro do possível, suas preferências sejam priorizadas. Além disso, é importante assegurar facilidade de interconsultas com os serviços de cuidados paliativos, mesmo à distância, e hospital de retaguarda, para suprir eventual necessidade de internação ou para realização de determinados procedimentos técnicos de diagnóstico ou de tratamento<sup>5</sup>.

No contexto da atenção básica, as equipes de Saúde da Família (eSF) e outras equipes, devem atuar de forma ativa no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e colaborando para a integralidade do cuidado aos pacientes assistidos em domicílio. Dessa forma, o papel das eSF é oferecer retaguarda assistencial, atuando juntamente com as equipes do SAD na construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os profissionais, a partir de um modelo organizacional integrado entre os diversos níveis de assistência, com o objetivo de melhorar a assistência e a integração entre as distintas equipes de assistência a saúde<sup>6,8,11</sup>. Vale salientar, que apoio remete à forma de organização que permite que os profissionais do SAD e das eSF compartilhem práticas de cuidado para ampliar a resolução dos problemas vivenciados na atenção à população. E, com esse objetivo, atuam em suas dimensões do apoio que se misturam e se complementam no processo de trabalho das equipes: o assistencial, que produz ação clínica direta com os usuários (atendimentos na unidade de saúde, visitas ou

atendimentos domiciliares, atividades em grupos); e o técnico-pedagógico, que produz ações de educação permanente em saúde<sup>11</sup>.

Dessa forma, o núcleo de apoio à saúde da família (NASF) é uma estratégia que busca qualificar e complementar o trabalho das eSF e outras equipes, como as do SAD, atuando de forma compartilhada no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e colaborando para a integralidade do cuidado aos usuários. Na perspectiva do apoio matricial, o processo de trabalho do NASF pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às eSF. Atuando, dessa forma, para a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os profissionais, a partir de um arranjo organizacional que objetiva ampliara clínica, os saberes e a integração horizontal entre as distintas profissões<sup>11</sup>. Sendo assim, desempenha papel fundamental como elo para fortalecer as referências entre o SAD e a eSF.

Entre as responsabilidades do NASF, destaca-se o cuidado aos pacientes que se encontram com dificuldade de locomoção ou alterações funcionais que limitem suas atividades, que necessitam de atenção em reabilitação, em cuidados paliativos, e estão impossibilitados, pela condição de saúde ou barreiras geográficas, de se deslocarem até as unidades de saúde, e, por estas singularidades, necessitam do cuidado no domicílio para a continuidade da atenção. Essas situações demandam, muitas vezes, a presença de outros profissionais – fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo – que compõem a equipe multiprofissional/interdisciplinar do NASF<sup>11</sup>.

Pela similaridade com as equipes do SAD, o NASF fortalece o elo entre as atividades do programa Melhor em Casa e da Estratégia de Saúde da Família, o que torna o seguimento e plano terapêutico de pacientes em cuidados paliativos mais efetivo, dando mais respaldo a eSF e mais tranquilidade às famílias para oferecer um cuidado integral e humanizado aos pacientes, principalmente àqueles em palição.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
2. Brasil. Portaria GM/MS nº 19, de 03 de Janeiro de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o programa nacional de assistência à dor e cuidados paliativos. 2002. [citado 2016 Abr 17]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM->
3. Rabow MW, Hardie GE, Fair JM, McPhee SJ. End-of-life care content in 50 text books from multiple specialties. JAMA. 2000;283(6):771-8.
4. Mendes ACG et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. Cad. Saúde Pública. 2012, vol.28, n.5, pp. 955-964.
5. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(3):180-8.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a atenção domiciliar no sistema único de saúde. Brasília, DF, 2004.

- 7.** Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005, vol.10, suppl., pp. 231-242.
- 8.** Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS, que define ações de cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, vinculados à Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 9.** Giacomozzi CM, Lacerda MR. The practice of home assistance by family health strategy professionals. *Texto&ContextoEnferm*.2006;15(4):645-53.
- 10.** Silva CA, Acker JI. Palliative home care in the view off a milies of a person with neoplasia. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(2):150-4.
- 11.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- 12.** Costa GD, Cotta RM, Ferreira ML, Reis JR, Franceschini SC. Family health: challenges in there orientation process of the assistance model. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):113-8.
- 13.** Queiroz AHAB, Pontes RJS, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2615-2623. 2013. [citado 2016 Abr 17]. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a16.pdf)
- 14.** Maciel, MGS. Avaliação do paciente sob Cuidados Paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos (pp. 37-45). 2009. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- 15.** Floriani CA, Schramm FR. Inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9):2072-2080, set, 2007.

## **ABORDANDO A PERDA DA AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA**

**Adolfo Vinicius Andrade de Moraes  
Breno Augusto Bormann de Souza Filho  
Pamela Joyce Ferreira do Nascimento  
Raísa Mayara Alves de Matos**

Nos cuidados paliativos o foco da atenção não é a doença a ser curada/controlada, mas o sujeito, entendido como ser biográfico, ativo, com direito a informação e autonomia plena para suas decisões. Porém, a doença e as suas complicações trazem rupturas temporárias ou permanentes no cotidiano do indivíduo, podendo gerar perda da autonomia e independência<sup>1,2</sup>.

Nesse contexto, é conveniente ressaltar a diferença entre autonomia e independência. A autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente de acordo com suas próprias regras e preferências, enquanto independência é a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros<sup>3</sup>.

Sendo assim, segundo os princípios dos cuidados paliativos, mesmo diante das limitações inerentes ao processo de adoecimento, deve-se prover um sistema de apoio e ajuda para que o paciente viva com o máximo de autonomia e independência até a sua morte<sup>1,4</sup>.

A equipe que assiste o paciente e sua família deverá realizar uma análise contínua do plano de cuidados, objetivando, sempre o respeito às decisões do paciente e um planejamento assistencial viável<sup>1,4</sup>. Para a elaboração e manutenção deste plano de cuidado, é importante a participação de profissionais da terapia ocupacional, fisioterapia e educação física na equipe multidisciplinar, auxiliando na ampliação e manutenção da autonomia e das possibilidades do fazer, permitindo o resgate de capacidades remanescentes, e estimulando a criação de projetos a serem realizados.

Com o declínio clínico, os cuidados vão obtendo dimensões cada vez maiores em consequência da perda da autonomia e dificuldade do autocuidado. Esta realidade faz com que os pacientes em cuidados paliativos tenham uma grande demanda por ajuda – seja parcial ou total – para manutenção das suas atividades de auto cuidado, necessário para assegurar a sua dignidade e manutenção de seus papéis sociais frente a si mesmo e a sua família<sup>2,4,6</sup>.

As práticas que usualmente tem maior impacto na qualidade de vida dos pacientes são: organização do ambiente, alimentação, banho, higiene oral, adequação e arrumação da cama, readequação do vestuário, mobilização e adequação postural no leito e a prática regular de atividade física.

### **Organização do ambiente**

Como organização do ambiente, entende-se um conjunto de práticas que permita uma ventilação, iluminação e limpeza do espaço físico sem desvinculá-lo da identidade do paciente. O ambiente onde o paciente está acomodado deve favorecer o conforto, promover o acolhimento e proteger de riscos externos<sup>4,6</sup>.

A colocação de plantas, fotografias e objetos pessoais de decoração são medidas que promovem maior conforto, manutenção/resgate da identidade e ampliação da autonomia do paciente<sup>4, 6</sup>.

Para promover a segurança no ambiente é necessária a realização de algumas recomendações:

- *Retirada de tapetes;*
- *Reorganização do mobiliário para favorecer a mobilidade;*
- *Substituição de degraus por rampas;*
- *Colocação de barras de apoio no banheiro.*

## **Alimentação**

O prazer proporcionado pela alimentação é um dos últimos a ser perdido. Então para o paciente em cuidados paliativos proporcionar o prazer por meio da oferta de alimentos da sua preferência é fundamental<sup>4</sup>.

Entretanto algumas recomendações são necessárias para que a alimentação seja segura:

- *A oferta de alimentos só deve ser realizada se o paciente estiver bem acordado;*

- *É imprescindível que durante a alimentação o paciente esteja bem posicionado. Estimular a alimentação à mesa, quando possível, e para os pacientes que são acamados, elevar o leito mecanicamente (cama hospitalar) ou por meio de travesseiros;*

- *Após a alimentação, o leito deve permanecer elevado por cerca de trinta minutos para favorecer a digestão;*

- *Os pacientes que se alimentam por sonda ou gastrostomia devem seguir as mesmas orientações de posicionamento indicadas para os pacientes que se alimentam por via oral;*

- *Também é indicado o uso de bandejas para pacientes que se alimentam no leito, a fim de promover um menor gasto energético e uma maior independência, ou ao menos favorecer a visualização do alimento para aqueles totalmente dependentes.*

## **Banho**

O banho é uma das atividades de vida diária que apresenta maior gasto energético, sendo também caracterizado como um marcador do nível de independência. Além disso, a execução do banho deve levar em consideração a segurança, o conforto e a vontade do paciente<sup>7</sup>. Dessa forma, um paciente que, por exemplo, não aceita tomar o banho no leito, insistindo para usar o chuveiro, ainda que não tenha condições físicas que permitam, pode-se utilizar dispositivos auxiliares como barra de apoio e a cadeira de banho, na tentativa de respeitar sua autonomia.

As barras de apoio promovem maior segurança e auxiliam a manutenção da postura de pé e podem ser encontradas em modelos pré-fabricados no mercado, como também podem ser confeccionadas com materiais de baixo custo, utilizando cano de PVC e cimento<sup>5</sup>. Da mesma forma, as cadeiras de banho encontram-se disponíveis em vários modelos e preços, lembrando que é importante optar por assentos almofadados para prevenção de dor e aparecimento de lesões na pele.

Uma opção acessível é improvisar uma cadeira de banho utilizando uma cadeira de plástico. Para isso é necessário fazer um furo no assento para escoamento da água<sup>5</sup>.

No chuveiro também são necessárias algumas adaptações do ambiente, como o uso de piso/tapete antiderrapante e suporte para os utensílios do banho em altura acessível ao paciente.

O banho no leito é indicado para pacientes acamados, porém muitas vezes torna-se necessário quando o paciente apresenta dor não controlada, sensação de extrema fadiga, quadro de depressão e barreiras ambientais (banheiros distantes do leito e de difícil acesso). O banho no leito consome mais tempo em sua execução e por isso é importante atentar para alguns detalhes, como: quantidade de pessoas para realizá-lo e organização do material (temperatura da água, sabonete, toalhas). Para promover maior conforto ao paciente e evitar uma manipulação prolongada, é aconselhável a presença de duas pessoas durante o banho no leito.

Alguns cuidados devem ser tomados ao realizar o banho: manter a temperatura da água morna e agradável ao toque e usar sabonete preferencialmente de fácil enxágue, sem perfume, com partículas esfoliantes ou outras substâncias que possam ficar na pele do paciente e causar irritação. Uma maneira de preservar a hidratação natural da pele durante o banho é acrescentar óleo de girassol ou óleo de canola na água de enxágue. Esses óleos são os mesmos utilizados para cozinhar, e, portanto facilmente encontrados em supermercados, com baixo custo e sem cheiro.

Após o banho é importante passar óleo ou hidratante, de preferência sem cheiro, em toda a pele do paciente, especialmente em regiões de proeminências ósseas (calcâneos, joelhos, trocânteres e costas).

## **Higiene oral**

Pacientes com dentes devem utilizar escova com cerdas macias e, preferencialmente, escova pequena ou infantil. As escovas menores permitem maior alcance dos dentes, em especial os molares, sem muito esforço do paciente<sup>4,6</sup>.

Na ausência de dentes, uma gaze embebida em enxaguatório bucal sem álcool ou em clorexidina aquoso a 0,12% enrolada ao dedo indicador, deve ser utilizada para higiene da gengiva e língua.

É importante ressaltar que pacientes que não se alimentam por via oral também devem realizar a higiene oral três vezes ao dia.

## **Adequação e arrumação da cama**

Pacientes que passam a maior parte do tempo deitado ou são acamados devem ter um colchão que favoreça uma maior circulação sanguínea e que consequentemente previna úlceras por pressão. No entanto, a prioridade sempre deve ser o conforto do paciente, o que não está diretamente relacionado com a melhor tecnologia. O “colchão caixa de ovos” é mais acessível por conta do baixo custo e pela facilidade em encontrá-lo, além disso, permite a lavagem da espuma<sup>5</sup>.

No que se referem aos lençóis, estes devem estar bem esticados sobre a cama, sem pregas e rugas que podem machucar a pele, devem ser trocados

sempre que estiverem molhados, sendo os de algodão os mais indicados para melhor absorção da umidade.

Qualquer sinal de vermelhidão na pele merece atenção. Proteja a região com óleos ou hidratantes e faça massagens que irão ativar a circulação (de forma ascendente – de baixo para cima).

### Readequação do vestuário

As roupas devem ser confortáveis, simples de vestir com aberturas laterais ou frontais e o uso de velcro para substituir botões e zíper, adequadas ao clima e aos desejos do paciente. Os tecidos de algodão são os mais indicados, pois são mais macios e permitem uma melhor movimentação <sup>5,6</sup>.

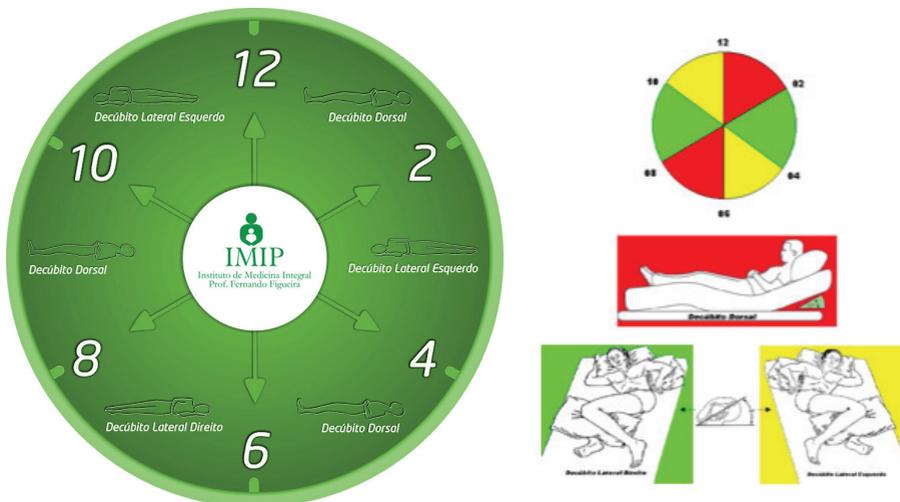
É importante respeitar o tempo que o paciente dispense para se vestir, pois estes se cansam com facilidade e por isso demandam maior tempo para realizar as atividades. Para os pacientes com maior nível de dependência é necessário que o cuidador mantenha a calma no auxílio do vestuário, a fim de evitar o aparecimento de dor, fadiga e/ou outro sintoma.

No uso de fraldas descartáveis, deve-se realizar a troca assim que identificar que a fralda está suja ou no máximo a cada seis horas para prevenir o aparecimento de úlceras por pressão e de dermatites de contato.

### Mobilização e adequação postural no leito

A mudança de decúbito deve ser realizada a cada duas horas. Para aqueles pacientes que não conseguem ajudar na movimentação ou na transferência é aconselhável utilizar o lençol móvel (travessa) ou o forro da cama. Os cuidadores também podem utilizar uma tabela com horários para mudança de decúbito (figura 4).

**Figura 4.** Relógio de mudança de decúbito

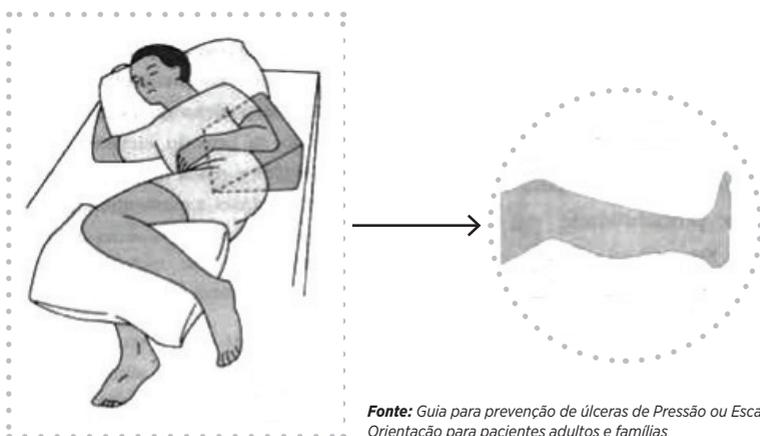


Fonte: Protocolo Assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão do Hospital Universitário de Santa Maria.

Para prevenir o aparecimento de úlceras por pressão e outros agravos, se faz necessário um posicionamento adequado no leito. Segue algumas orientações:

- Inspeccionar diariamente a pele para verificar se há alguma área de vermelhidão;
- Materiais de posicionamento como travesseiros ou almofadas devem ser usados para manter as proeminências ósseas (como joelhos ou calcâneo) longe de contato direto um com o outro ou com a superfície da cama (figura 5);
- Manter a cabeceira da cama num grau que permita maior visualização e interação com o ambiente, prezando sempre pelo conforto do paciente.

**Figura 5.** Posicionamento para prevenção de úlceras por pressão



**Fonte:** Guia para prevenção de úlceras de Pressão ou Escara: Orientação para pacientes adultos e famílias

A mobilização no leito é muito importante no final da vida, no entanto, na fase terminal da vida, deve ser mais criteriosa, devendo-se avaliar a dor até mesmo para as mobilizações simples<sup>6</sup>. Além disso, deve ser considerado situações em que o decúbito não será possível ser modificado, como por exemplo, em doentes com quadro de dispneia nas últimas horas de vida.

## Orientações para prática de atividades físicas

A prática de atividade física é essencial para uma boa saúde em todas as idades. Ela é considerada uma das formas mais eficientes de evitar ou retardar o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis<sup>8</sup>.

Estimular atividades físicas, de acordo com o nível de aptidão física, é importante para preservar a mobilidade e garantir certo grau de independência e autonomia na execução das atividades do dia a dia<sup>2</sup>.

Segue abaixo algumas recomendações de atividade física, de fácil execução, que pode ser realizada diariamente. Indica-se a realização de no máximo 10 repetições por dia para cada exercício<sup>5</sup>:

*Deitado, com a cabeça apoiada, deve-se levar um dos joelhos em direção ao peito, segurando-o com as mãos entrelaçadas e puxando suavemente (na medida de conforto) por alguns segundos. Depois realizar o mesmo com a outra perna.*



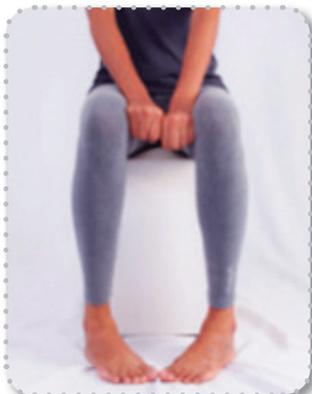
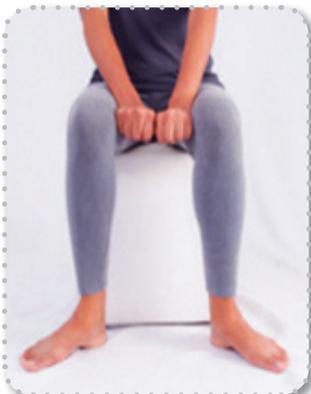
**Fonte:** Ginástica para fazer em casa

*Na posição deitada com a cabeça apoiada, pernas flexionadas unidas e braços abertos; deve-se mover os joelhos unidos para um lado e para o outro.*



**Fonte:** Ginástica para fazer em casa

*Na posição sentada com a coluna alinhada, as mãos fechadas e unidas entre os joelhos, deve-se girar os pés para fora e para dentro, tocando os dedos.*



**Fonte:** Ginástica para fazer em casa

*Na posição sentada com os braços abertos, deve-se tocar os ombros com as pontas dos dedos, e depois girar o corpo para um lado e para o outro, mantendo o rosto e os joelhos voltados para frente.*



**Fonte:** *Ginástica para fazer em casa*

*Sentado com os pés alinhados e afastados na largura do quadril, levante; Depois, sente novamente.*



**Fonte:** *Ginástica para fazer em casa*

*Sentada ou em pé, com a coluna alinhada, tocar a região lombar com o dorso de uma das mãos e a nuca com a palma da outra mão. Depois fazer o mesmo para o outro lado.*



**Fonte:** *Ginástica para fazer em casa*

*Sentado ou em pé, com a coluna alinhada, deve-se encostar as palmas das mãos, mantendo os dedos bem abertos e afastados; Flexionando os dedos, até fechar as mãos; Depois, esticando os dedos até abrir completamente as mãos.*



**Fonte:** *Ginástica para fazer em casa*

Além disso, dentre as diversas atividades físicas, a caminhada se destaca por não requerer aprendizagem prévia, ser gratuita e acessível. Caminhar, mais que uma opção de exercício, é uma necessidade fisiológica, portanto, essencial para a saúde do ser humano. Caminhadas regulares oferecem todos os benefícios de qualquer atividade aeróbia, como corrida, natação, ciclismo, etc. É a prática de atividade física com a mais baixa taxa de abandono e a mais fácil de ser realizada na vida cotidiana<sup>8,9</sup>.

Abaixo seguem algumas orientações para a realização de caminhadas de modo eficiente e prazeroso:

- *É importante começar sem exageros e aumentar gradualmente o tempo e a frequência semanal, de acordo com a tolerância do paciente;*
- *Usar roupas confortáveis e arejadas;*
- *Usar calçados apropriados para caminhar (tênis);*
- *Beber água antes (durante, se sentir necessidade) e logo após a caminhada;*
- *Manter uma postura alinhada olhando para frente, mas sem tensões nas costas ou pescoço;*
- *Ter atenção onde pisar para evitar tropeções.*

## REFERÊNCIAS

1. Maciel, MGS. Definições e Princípios. In: Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo; 2008.p. 15-32.
2. Queiroz, MEG. Atenção em Cuidados Paliativos. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2012; 20(2): 203-205.
3. World Health Organization. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
4. Carvalho, RT; parsons, HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2a ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
5. Cavalcanti, A; Galvão, C; Miranda, SGS. Mobilidade. In: Cavalcanti, A; Galvão, C. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.p. 427-34
6. Carlo, MMRP; Queiroz, MEG. Dor e Cuidados Paliativos - Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade. São Paulo: Roca; 2008.
7. Mathews, MM. Doenças Cardíacas e Pulmonares. IN: Pedretti, LW;Early, MB. Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2005.p. 1016-32
8. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. World Health Organization; 2010.
9. Bormann, BA. Ginástica para fazer em casa. Recife: IMIP; 2014.

## PROCURAÇÃO E CURATELA: UMA QUESTÃO DE DIREITO

Andressa Maria Alves Bezerra

Jéssica Alline de Melo e Silva

A presente produção tem o objetivo de esclarecer informações acerca da procuração e da curatela, documentações importantes na vida de pacientes internados, com transtorno mental, com doenças limitantes ou ainda, em cuidados paliativos. Na atuação profissional, o(a) Assistente Social que atua na área da saúde comumente se depara com pessoas que necessitam acessar seus direitos, entretanto, por diversos motivos estão impedidos de fazê-lo. Para compreender a importância desses instrumentos, cabe conceituá-los:

### PROCURAÇÃO

É o documento pelo qual uma pessoa nomeia alguém de sua confiança para agir em seu nome e até mesmo assinar documentos em determinada situação em que não possa estar presente<sup>2</sup>.

Constantemente, pacientes internados solicitam orientações com o intuito de realizar procuração com fins de solicitar benefícios, receber pagamento e outros procedimentos junto ao INSS e aos bancos públicos e privados. É necessário procurar um cartório para dar entrada no documento. Caso o(a) paciente esteja internado(a) ou apresente dificuldade de locomoção, a família deverá informar no cartório para que um representante do cartório vá até onde se encontra o(a) paciente para emitir a certidão.

#### Documentação necessária:

- *RG (original e Xerox do(a) paciente e do(a) procurador(a));*
- *CPF (original e Xerox do(a) paciente e do(a) procurador(a));*
- *Comprovante de residência (original e Xerox);*
- *Laudo médico (descrevendo a capacidade cognitiva do doente para exercer as atividades da vida civil).*

É importante saber que existem dois tipos de procuração: **a pública e a privada**. A **pública** é aquela elaborada e registrada em cartório, dotada de fé pública, expedida para qualquer cidadão. E a **privada** é aquela elaborada pelo próprio cidadão, que poderá ou não se utilizar do modelo de formulário indicado pelo INSS e que não necessita ser registrada em cartório<sup>3</sup>.

No caso da procuração privada, será **obrigatório apresentar documento de identificação original ou cópia autenticada do solicitante e do procuradores** se a assinatura do solicitante estiver divergente do documento de identificação, ou, se houver dúvida da autenticidade da procuração apresentada, poderá ser exigido o reconhecimento de firma do titular que está solicitando a procuração<sup>3</sup>.

É importante saber que pessoas que não estejam conscientes, orientadas e em gozo das suas faculdades mentais não podem realizar procuração. Sendo assim, é muito comum encontrar pacientes em cuidados paliativos que já não

estão mais conscientes e orientados e, nestes casos, será necessário recorrer a CURATELA.

## **CURATELA**

É a decisão judicial que visa a proteção da pessoa maior de 18 anos, considerada incapaz para os atos da vida civil, em que se concede a determinada pessoa a obrigação de defender e administrar os seus bens. É uma medida restritiva, com o objetivo maior de proteção da pessoa incapacitada. A curatela não é obrigatória para que a pessoa acesse o Benefício de prestação continuada (BPC) e deve ser utilizada apenas em casos de real necessidade<sup>2</sup>.

Na prática, as pessoas tendem a associar interdição e curatela acreditando ser um único instrumento. A interdição também é uma medida judicial que declara a incapacidade de pessoas com mais de 18 anos de exercer atos da vida civil, sendo o primeiro passo para ter a CURATELA decretada.

Para acessar o processo de curatela, se faz necessário constituir advogado ou defensor público e este entrará com o pedido na justiça. Será necessário apresentar ao juiz, além dos documentos pessoais, aqueles que comprovem a incapacidade cognitiva de exercer os atos da vida civil. Após avaliação o juiz concederá ou não a curatela. Deve-se salientar que a curatela poderá ser cessada caso haja reversão da incapacidade.

É importante lembrar que o representante legal (nos casos de curatela ou procuração) deve firmar, perante o INSS, um termo de responsabilidade mediante o qual se comprometa a comunicar qualquer situação que possa anular a procuração ou curatela, principalmente quando ocorre óbito do beneficiário, sob pena de incorrer nas sanções criminais e civis cabíveis.

Destacamos que há uma diferença entre TUTELA e CURATELA. A primeira diz respeito ao ato de conceder o direito a outrem no que se refere à administração de bens de pessoas menores de 18 anos, na falta dos pais. A segunda é concedida para administrar bens de pessoas maiores de 18 anos consideradas incapazes<sup>2</sup>.

Esses instrumentos são direitos do(a) paciente e não um dever. A procuração não é algo obrigatório, vem do interesse do(a) paciente. Mas infelizmente vemos pessoas que utilizam da fragilidade apresentada pela doença para se apropriar dos bens e possíveis benefícios do(a) paciente, este ato deve ser combatido. Caso seja observada atuação de má fé, deve-se denunciar aos órgãos competentes. **Existem estes canais de denúncia: disque 100, promotoria do idoso ou promotorias gerais.**

## **REFERÊNCIAS**

1. VASCONCELOS, A. M. A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

2. BRASIL. Cartilha BPC - Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília. 2009.

3. Procuração. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Brasília. 2016. Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br/servicos-do-ministerio/servicos-da-previdencia/mais-procurados/aposentadoria-por-tempo-de-contribuicao/documentos-para-comprovacao-de-tempo-de-contribuicao/procuracao>>.

## **VIOLÊNCIA: COMO IDENTIFICAR? ONDE DENUNCIAR?**

**Andressa Maria Alves Bezerra**

**Jéssica Alline de Melo e Silva**

A violência é um fenômeno complexo e está presente na sociedade desde o início da civilização, manifestando-se nas relações sociais entre classes, gêneros, etnias e divergentes grupos etários, entre eles, os mais vulneráveis como mulheres, crianças, pessoas com deficiência e pessoas idosas<sup>1</sup>.

De acordo com orientações contidas no Caderno de violência contra a Pessoa Idosa<sup>2</sup>, tal fenômeno pode ser definido como ações ou omissões cometidas uma ou mais vezes, prejudicando a integridade física e emocional das vítimas e impedindo o desempenho do papel social. Os problemas relativos à violência vêm ganhando cada vez mais visibilidade, tornando-se uma questão importante para a Saúde Pública. Diminuir o índice de morbimortalidade causada pelas formas mais frequentes de violência e de acidentes constitui um grande desafio para o setor saúde.

Destacamos que é comum encontrar pacientes nas enfermarias dos hospitais com histórico de em algum momento de suas vidas terem sido vítimas de violência. A incapacidade proporcionada pelo estágio avançado da doença, a dificuldade de locomoção ou a perda de funcionalidade, a inconsciência ou desorientação tornam-se empecilhos para desvelar a violência.

Existem diferentes tipos de violência<sup>3</sup>. São eles:

**Abuso físico ou violência física:** Qualquer comportamento que inflija dor física sobre o(a) paciente: empurrões, golpes, queimaduras, administração de medicação de forma abusiva, entre outros.

**Abuso psicológico ou violência psicológica:** Qualquer ação que provoque dano psicológico no(a) paciente: intimidar, infantilizar, humilhar, ameaçar, insultar, chantagear, desmoralizar, isolá-lo, retirar-lhe a reforma, entre outros.

**Abuso sexual ou violência sexual:** Qualquer contato sexual não consentido com o(a) paciente. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

**Abuso financeiro ou econômico:** Uso abusivo de fundos, propriedades ou bens do(a) paciente: uso, venda ou transferência de dinheiro, assinatura forjada em cheques e outros documentos financeiros /legais.

**Abandono:** Abandono do(a) paciente por parte de quem tem a responsabilidade legal de lhe prestar cuidados.

**Negligência:** Omissão ou ineficácia na satisfação das necessidades básicas do(a) paciente: não procurar acompanhamento médico, não prestar uma alimentação adequada, não prestar cuidados de higiene, entre outros comportamentos. A negligência é uma das formas de violência mais presente no nosso país. Ela se manifesta associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as pessoas que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

Existe também a **Auto-negligência** que diz respeito à conduta do(a) paciente que ameaça sua própria a saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesmo(a).

É importante ressaltar que as violências mais identificadas em pacientes que se encontram em cuidados paliativos são o abandono e a negligência, promovidas pela família, equipe de saúde e Estado. É de responsabilidade dos profissionais da saúde atuar na prevenção das diversas situações de violência a partir de uma avaliação global, considerando e detectando os fatores de risco e elaborando estratégias eficientes e respeitadas de intervenção.

Salientamos a importância de a equipe de saúde notificar casos suspeitos ou confirmados de violência, através do preenchimento da Ficha de Notificação Individual, instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde cujas informações alimentam o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), e que deve ser encaminhado à Secretaria de Saúde Municipal/Estadual. A notificação não tem caráter de denúncia, pode ser preenchida por qualquer profissional e serve para dados estáticos a fim de que promover ações e políticas públicas de combate à violência<sup>4</sup>.

Existem canais de denúncia que podem ser acessados por familiares, vizinhos, conhecidos, profissionais de saúde e demais áreas. A denúncia é um dever de todos!

## TELEFONES ÚTEIS

### DISQUE DENÚNCIA DO MPPE

FONE: **0800.281.945**

### DEFENSORIA PÚBLICA - RECIFE

FONE: **(81) 3182-3700 / 3704**

### DELEGACIA DO IDOSO - RECIFE

FONE: **(81) 3184-3769 / 3737**

### GERÊNCIA DE POLÍCIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

FONE: **(81) 3184-3576**

## **TELEFONES ÚTEIS**

### **SECRETARIA DA MULHER DE PE**

**FONE: (81) 3183-2950/ 3183-2953**

### **SECRETARIA EXECUTIVA DE JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS**

**FONE: (81) 3183-3169**

### **DISQUE 100**

### **VIOLÊNCIA IMEDIATA 190**

### **SAMU 192**

## **REFERENCIAS**

**1.** FRAGA, P. D. Violência: forma de dilaceramento do ser social. Revista Serviço Social e Sociedade, Editora Cortez. São Paulo, nº 70 ano XXIII, Julho/2002.

**2.** SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

**3.** MINAYO, MC. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Cartilha da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ª edição, 2005.

**4.** BRASIL. Normas e Manuais Técnicos. Notificação de maus-tratos contra criança e adolescentes pelos profissionais de Saúde, um passo a mais na cidadania em Saúde. Nº 167. Brasília - DF: Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.

## A NOTÍCIA: VAMOS CONVERSAR?

**Gabrielle Ribeiro Sena  
Fabrícia Helena de Andrade  
Larissa Sobral Cavalcanti**

O emprego de recursos terapêuticos, baseados excessivamente em tecnologias sofisticadas -“tecnolatria”- pode, em algum momento, produzir uma falsa percepção de que intenções concernentes a consolidação do processo de humanização das relações pessoais devam ser postostas. Contudo, pesquisas da literatura médica especializada sobre a temática da comunicação demonstraram, nos limites da medicina biotecnológica, o quão importante se torna as relações de confiança estabelecidas entre profissionais, pacientes e familiares<sup>1</sup>. Sendo, principalmente, por meio dessa comunicação que se desenvolvem parcerias e permite-se estabelecer relações terapêuticas efetivas<sup>2</sup>.

A habilidade de comunicação é uma competência complexa que envolve a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens por parte de cada sujeito envolvido na interação, considerando-se os contextos culturais além das experiências pessoais de cada parte. Esse processo é formado por duas dimensões, a verbal e a não verbal<sup>2</sup>.

**Comunicação verbal:** ocorre por meio de palavras, com o objetivo de expressar um pensamento, esclarecer um fato ou validar a compreensão de algo. Por si só é insuficiente para caracterizar a complexa interação que ocorre no relacionamento humano.

**Comunicação não verbal:** consiste na demonstração e compreensão dos sentimentos nos relacionamentos interpessoais. É caracterizada por gestos, faces, posições que transmitem uma mensagem particular.

Além desses aspectos constituintes do processo de comunicação faz-se necessário também entender que as necessidades inerentes ao cuidado no final da vida, para que sejam bem-sucedidas, requerem dos profissionais de saúde o resgate da empatia e da compaixão<sup>2</sup>. A empatia palavra derivada do grego empátheia significa, por sua vez, o estado de espírito no qual uma pessoa se identifica com outra, presumindo sentir o que esta está sentindo<sup>3</sup>, tornando-se capaz de entender suas dores, angústias e luto.

### **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.

## AO FINAL DA VIDA, ESPERA-SE QUE UMA COMUNICAÇÃO ADEQUADA PERMITA:

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.

*Fonte: Manual de Cuidados Paliativos- ANCP, 2012*

## ELEMENTOS ESSENCIAIS DO COMPORTAMENTO EMPÁTICO:

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.

*Fonte: Manual de Cuidados Paliativos- ANCP, 2012*

A tradicional dificuldade de conhecimento instrumental sobre comunicação quando somada a sobrecarga emocional, fruto da relação entre indivíduos que sofrem, gera o que se convencionou chamar de Ruídos de Comunicação. É fato, que grande parte desses ruídos advém do isolamento profissional em suas competências e responsabilidades individuais, discutindo-se pouco sobre possibilidades de falhas dos tratamentos modificadores de doenças e de morte. Dessa forma, quando a doença progride e percebe-se que o paciente deseja ser compreendido como um ser humano que sofre além das dores físicas e não se encontra amparo em recursos farmacológicos ou tecnológicos, a falta de preparo para a comunicação e suporte emocional torna-se evidente. Esse contexto pode gerar uma conspiração de silêncio, falsas promessas de cura ou comunicações súbitas e inesperadas de prognósticos desfavoráveis<sup>1,2</sup>.

A literatura oferece algumas orientações gerais sobre como sistematizar a transmissão de uma má notícia, tornando-a menos traumática e ao mesmo tempo focalizando a atenção nas percepções do paciente. Grande parte dos profissionais de saúde, no entanto, utiliza sua experiência na prática clínica para decidir como se comportar ao transmitir uma má notícia com resultados nem sempre satisfatórios.

Um protocolo que tem recebido especial destaque para orientação de profissionais no tocante a comunicação da má notícia é o **Protocolo SPIKES**. Elaborado por um grupo de oncologistas americanos e canadenses ligados ao MD Anderson Cancer Center, da Universidade do Texas e ao Sunny brook Regional Cancer Center de Toronto, esse protocolo é descrito em seis passos:

**Figura 6.** [Protocolo SPIKES]

<b>S</b>	Setting up	Preparando-se para o encontro
<b>P</b>	Perception	Percebendo o paciente
<b>I</b>	Invitation	Convidando para o diálogo
<b>K</b>	Knowledge	Transmitindo as informações
<b>E</b>	Emotions	Expressando emoções
<b>S</b>	Strategy na Summary	Resumindo e organizando estratégias

**Fonte:** [Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias, 2011]

- O primeiro passo (*Setting up*) se refere à preparação do médico e do espaço físico para o evento.
- O segundo (*Perception*) verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado.
- O terceiro (*Invitation*) procura entender quanto o paciente deseja saber sobre sua doença.
- O quarto (*Knowledge*) será a transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são ressaltadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão; não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso; checar a compreensão do paciente.
- O quinto passo (*Emotions*) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente.
- O sexto (*Strategy and Summary*) diminui a ansiedade do paciente ao lhe revelar o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer<sup>4</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Comunicação de Notícias Difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde
2. ANCP - Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2ª. ed. Rio de Janeiro, RJ, 2012.
3. Dicionário Michaelis on line  
<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=empatia>
4. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias- Rev. bras. educ. med. vol.35 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011

## CONCEITOS BÁSICOS DE ALIMENTAÇÃO E NÃO ALIMENTAÇÃO

Ana Carolina Ramos de Araújo  
Daniella Wanderley de Cerqueira  
Jullyane Florencio Pachêco da Silva  
Mabelle Moraes Cordeiro  
Nara Moura Melo de Barros Leite  
Rafaela do Couto Melo

O alimento desempenha um papel fundamental na vida do ser humano, estando relacionado a um sistema cheio de simbologias. Além de ser um meio de nutrição, envolve características culturais, psicológicas, sociais e de conforto<sup>1</sup>. Alimentar-se pode ajudar o indivíduo a manter seu senso de autonomia e, conseqüentemente, dar sentido a uma vida. Isso não é alterado com o passar do tempo ou com a instalação de uma doença grave, porém, nessas circunstâncias, a dificuldade na ingestão alimentar ou a ausência da alimentação tomam maior importância do que a função de proporcionar prazer<sup>2</sup>.

Se para o paciente o ato de se alimentar possui um significado positivo, constituindo uma fonte de prazer e conforto, esta, então, deverá ser enfatizada e utilizada como meio importante na promoção da qualidade de vida<sup>3</sup>.

O desejo do indivíduo deve ser priorizado, assim como a apresentação, a quantidade de alimento e o local onde a refeição será realizada. É importante estimular todos os sentidos do paciente, ofertando preparações coloridas, com aroma agradável e temperatura adequada, sendo as refeições realizadas junto à família/cuidadores e/ou amigos<sup>4</sup>. Algumas medidas devem ser adotadas (Quadro 1) como estado de alerta do paciente, postura corporal, utensílios e o modo de oferta, visando garantir uma alimentação segura e prazerosa.

**Quadro 1.** *Orientações básicas para uma alimentação assistida segura.*

### POSICIONAMENTO

Alimentar-se sentado. Quando a posição sentada não for possível, elevar o tronco o máximo que conseguir<sup>5</sup>;

Não deitar logo após se alimentar. Esperar por cerca de 30 minutos<sup>6</sup>;

### UTENSÍLIOS

Utilizar prato fundo estabilizado em superfície antiderrapante, talheres leves com bordas abauladas e copo rígido<sup>7</sup>; Evitar seringas ou canudos; Caso os utensílios necessitem de alguma adaptação, procure um terapeuta ocupacional;

### AMBIENTE

Dar preferência a ambientes tranquilos e luminosos;

Evitar distrações durante a alimentação (televisão, rádio, conversas)<sup>5</sup>;

## CAVIDADE ORAL

Realizar higiene oral para melhor sensação gustativa<sup>6</sup>;  
Retirar a prótese dentária durante a alimentação se estiver mal adaptada e dar preferência a alimentos pastosos e macios; Procurar um dentista;

## OFERTA

Ofertar o alimento com o paciente bem desperto, devagar e conforme aceitação; O cuidador deve estar na mesma altura que o paciente durante a oferta<sup>5</sup>;  
Aguarde o paciente engolir e verifique a presença de alimento acumulado nas laterais da boca, para só assim ofertar uma nova colher<sup>6</sup>.

Com o avanço da doença e tratamentos realizados, o paciente pode apresentar disfagia, que se caracteriza pela dificuldade para deglutir alimentos, secreções, líquidos ou saliva, desde o seu trajeto inicial na boca até o estômago. Os sinais e sintomas que podem ser relatados são: dificuldade para mastigar, de preparar e manter o alimento dentro da boca; dificuldade para iniciar a deglutição; tosses e/ou engasgos durante ou logo após alimentação; sensação de alimento parado na garganta ou no peito; refluxo nasal ou gastresofágico; dor ao engolir; voz alterada ou rouca após a deglutição; falta de ar durante alimentação; inapetência; perda de peso nos últimos meses; e/ou pneumonias de repetição<sup>8,9</sup>.

Diante dessas queixas, adaptações da consistência e textura do alimento fazem-se importantes. A equipe pode solicitar suporte do Fonoaudiólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que avaliará o paciente e, de acordo com sua especificidade, indicará a consistência adequada para o momento<sup>10</sup>. Caso haja queixa na ingestão de líquido, sugere-se a utilização de espessante, pois permite alterar a consistência e a viscosidade do mesmo, proporcionando um melhor controle durante a deglutição<sup>8,11</sup>. Alguns espessantes também podem alterar a cor, textura e sabor dos alimentos, o que acarretará diferentes graus de aceitação. Além disso, é de extrema importância a observação da ingestão de medicamentos, pois se houver dificuldade na deglutição, orienta-se dar preferência para a forma farmacêutica líquida do mesmo princípio ativo. Quando não for possível, macerar os comprimidos um a um, ofertando-os individualmente junto a algum alimento, caso não haja interação fármaco-alimento<sup>12</sup>. Queixas como inapetência, desinteresse pelos alimentos e recusa àqueles de maior preferência podem ser relatados, acarretando conseqüentemente uma baixa ingestão alimentar e perda ponderal de medidas antropométricas. Outro fator que também pode prejudicar a ingestão alimentar são os efeitos colaterais dos tratamentos medicamentosos, tais como: náuseas, vômitos, diarreia, saciedade precoce, má absorção, constipação intestinal, xerostomia (boca seca), disgeusia (alteração do paladar), entre outros<sup>13</sup>.

Abaixo são sugeridas algumas condutas na vigência de determinados sintomas<sup>14</sup>:



### CONDUTAS NUTRICIONAIS PARA FALTA DE APETITE

- Modificar a consistência da dieta conforme a aceitação do paciente;
- Aumentar o fracionamento da dieta (a cada 1 ou 2 horas);
- Reduzir o volume por refeição e os líquidos durante a refeições;
- Aumentar densidade calórica das refeições;
- Dar preferência a alimentos umedecidos;
- Utilizar suplementos nutricionais (industrializados ou artesanais) hipercalóricos e/ou hiperproteicos;
- Adicionar caldos e molhos as preparações;
- Aumentar a variedade de legumes e carnes nas preparações;
- Utilizar temperos naturais nas preparações.



### CONDUTAS NUTRICIONAIS PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

- Aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição;
- Dar preferência a alimentos mais secos e de consistência branca;
- Preparar pratos visualmente agradáveis e coloridos;
- Evitar jejuns prolongados;
- Mastigar ou chupar gelo 40 minutos antes da refeições;
- Preferir alimentos gelados e/ou a temperatura ambiente (sucos, vitaminas, picolés, sorvetes, milk-shakes);
- Evitar ficar próximo da área em que são preparados os alimentos, pois o cheiro da preparação pode acentuar os sintomas;
- Evitar alimentos muito doces, gorduras e frituras em geral;
- Evitar beber líquido durante as refeições;
- Fazer as refeições sentado, mastigando bem o alimento e em locais arejados.



### CONDUTAS NUTRICIONAIS PARA CONSTIPAÇÃO

- Conscientizar o paciente da necessidades de comer, apesar da constipação intestinal;
- Orientar a ingestão de alimentos ricos em fibras e com características laxativas;
- Incluir alimentos como arroz, macarrão e biscoitos integrais, farelo de trigo, farelo de aveia, farinha de linhaça;
- Consumir leguminosas como feijão, lentilha, soja, grão-de-bico;
- Preferir frutas frescas;
- Consumir hortaliças (preferencialmente cruas);
- Considerar o uso de prebiótico, probiótico ou simbiótico;
- Considerar a utilização de módulo fibra dietética mista (solúvel e insolúvel)
- Aumentar a ingestão de líquidos.



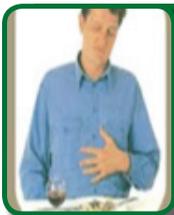
## CONDUTAS NUTRICIONAIS PARA XEROSTOMIA

- Aumentar a ingestão de líquidos;
- Estimular a ingestão de alimentos mais prazerosos;
- Adequar os alimentos conforme aceitação, ajustando a consistência;
- Evitar o consumo de alimentos duros, crocantes e secos;
- Preoarar pratos visualmente agradáveis e coloridos;
- Utilizar frotas de limão nas saladas e bebidas;
- Ingerir líquidos juntos com as refeições para facilitar a mastigação e deglutição;
- Adicionar caldos e molhos as preparações;
- Usar ervas aromáticas como tempero nas preparações, evitando sal e condimentos em excesso;
- Mastigar e chupar gelo feito de água, água de coco e suco de fruta adoçado.



## CONDUTAS NUTRICIONAIS PARA MUCOSITE E ÚLCERAS ORAIS:

- Conscientizar o paciente da necessidade de comer, apesar de mucosite e úlceras orais;
- Modificar a consistência da dieta de acordo com o grau de mucosite;
- Fracionar a dieta de modo a alimentar-se de 2 em 2 horas, aproximadamente;
- Evitar alimentos secos, crocantes, duros ou cortantes;
- Evitar alimentos picantes ou ácidos;
- Utilizar alimentos à temperatura ambiente, fria ou gelada;
- Diminuir o sal das preparações;
- Consumir alimentos mais macios e pastoso;
- Evitar bebidas alcoólicas ou gasosas e temperos abrasivos.



## CONDUTAS NUTRICIONAIS PARA SACIEDADE PRECOCE

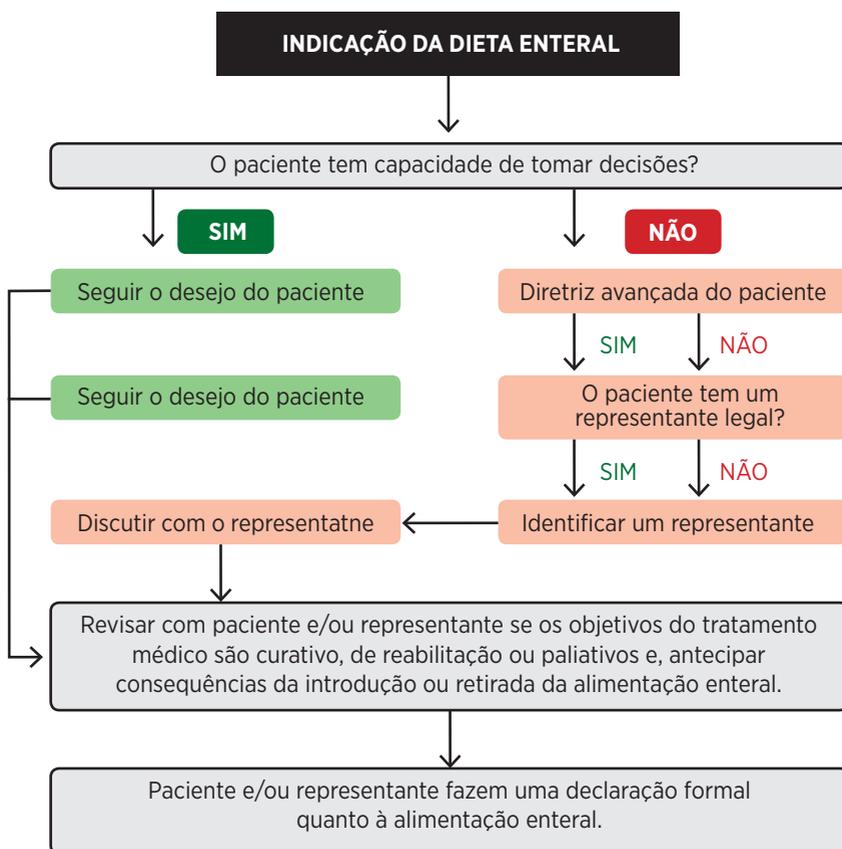
- Modificar a consistência da dieta, se necessário, dando preferência a alimentos abrandados;
- Aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição, oferecendo de 6 a 8 refeições ao dia;
- Aumentar a densidade calórica das refeições;
- Dar preferência à ingestão de legumes cozidos e frutas sem casca e bagaço;
- Priorizar sucos mistos de legumes com frutas, ao invés de ingerir separadamente na forma natural;
- Dar preferência à ingestão de grãos em geral liquidificados ou somente o caldo da preparação deste;
- Não ingerir líquidos durante as refeições;
- Utilizar ervas aromáticas e condimentos nas preparações;
- Diminuir o sal das preparações;
- Utilizar carnes magras, cozidas, picadas, desfiadas ou moídas;
- Evitar alimentos e preparações ricas em gorduras ou fritura;
- Alimentar-se sentado e em ambientes arejados;
- Evitar a ingestão de café, bebidas alcoólicas, refrigerantes ou qualquer bebida gaseificada.

Quando a via oral torna-se insegura ou inviável, pode ser indicada uma via alternativa de alimentação (sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia). Para tal, o fonoaudiólogo<sup>15</sup> e nutricionista<sup>16</sup> deverão avaliar alguns aspectos como: capacidade do indivíduo de se alimentar, grau de desconforto causado tanto pela doença quanto pela alimentação, nível de consciência do paciente, presença de dor e grau da disfagia.

Vale ressaltar que a escolha de uma via de alimentação deve ser realizada pela equipe em conjunto com o paciente e seus familiares, sendo todos os benefícios e riscos esclarecidos<sup>2</sup>.

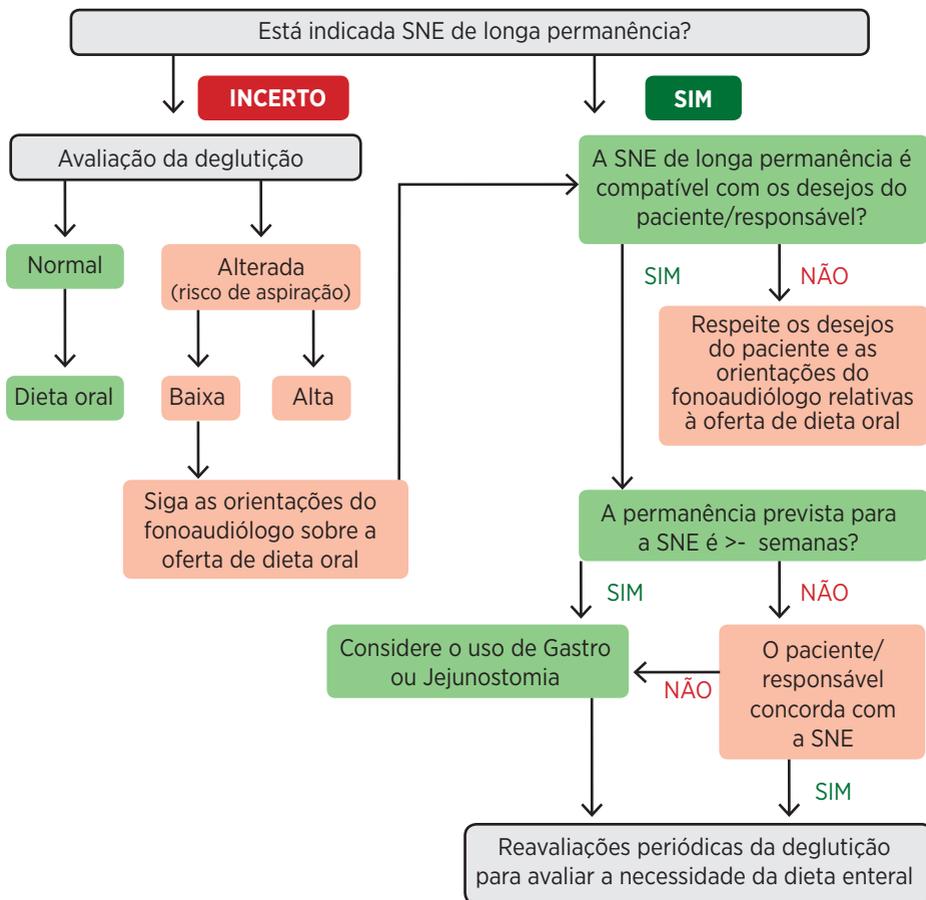
McMahon e colaboradores, citado por Carvalho e Taquemori<sup>2</sup>, propõem dois fluxogramas para auxiliar nessa tomada de decisão.

**Figura 7.** [Escolha de uma via de alimentação]



Fonte: Carvalho; Taquemori, 2012

**Figura 8.** [Avaliação para uso de SNG como via de alimentação]



Fonte: Carvalho; Taquemori, 2012

A sonda nasointestinal é indicada para pacientes que necessitarão desta via de alimentação por um período mais curto (quatro a seis semanas). À medida que haja necessidade de um período prolongado, a gastrostomia ou jejunostomia deve ser recomendada<sup>2</sup>.

Ao preparar e administrar as dietas artesanais em casa, os cuidadores devem tomar alguns cuidados<sup>17</sup>:

- *Fazer apenas a quantidade que será consumida;*
- *O local de preparo deve estar limpo;*
- *Lavar as mãos com água e sabão;*
- *Verificar se os alimentos estão adequados para serem utilizados e dentro do prazo de validade;*
- *Lavar com água e sabão todos os utensílios e passar água fervente após;*
- *Bater os ingredientes no liquidificador com água filtrada e fervida fria;*
- *Coar em peneira limpa;*
- *Pode armazenar a dieta na geladeira, mas ela deverá ser utilizada no dia que foi preparada;*
- *Retirar da geladeira 30 minutos antes para que fique em temperatura ambiente;*
- *Administrar a dieta com o paciente sentado ou com o tronco elevado;*
- *Ao final, administrar um volume adequado de água filtrada para evitar que haja obstrução da sonda.*

É importante destacar que as vias alternativas de alimentação podem acarretar maior necessidade de restrição à cama de pacientes com demência, pneumonia aspirativa, diarreia e problemas associados com a remoção da sonda pelopaciente<sup>2</sup>.

À medida que a doença avança e o fim da vida se aproxima, os objetivos do suporte nutricional em Cuidados Paliativos vão variar. Enquanto o objetivo inicial era garantir que o paciente recebesse nutrientes em quantidades suficientes para restaurar ou manter seu estado nutricional, nos estágios finais será minimizar o estresse e proporcionar o conforto<sup>2</sup>. No fim da vida, os pacientes geralmente não apresentam sensação de fome ou sede e sentem-se satisfeitos com pequenas quantidades de alimentos e fluidos ou até mesmo com cuidados de higienização e hidratação da cavidade oral<sup>18</sup>.

Quando o suporte nutricional e hidratação se provam inefetivos ou se a conduta adotada trazer mais riscos e desconforto para o paciente, a mesma deve ser abandonada. Essa decisão permitirá que o processo de morte transcorra naturalmente. Deve ficar claro para a equipe e familiares que é a doença de base que levará o paciente ao óbito, não a ausência de alimentação<sup>2</sup>.

Em síntese, as condutas relacionadas à alimentação e suas vias alternativas serão individualizadas e necessitarão de um planejamento de cuidado visando proporcionar o máximo de conforto durante o processo de morte. As necessidades e desejos do paciente e seus familiares devem ser respeitadas. A modificação ou até mesmo interrupção da alimentação são decisões que devem ser tomadas de forma tranquila, segura e consensual, junto à equipe interdisciplinar.

## REFERÊNCIAS

1. Fernández-Roldán AC. Nutrición en el paciente terminal: punto de vista ético. Nutr Hosp. 2005; 20(2):88-92.
2. Carvalho RT, Taquemori LY. Nutrição em Cuidados Paliativos. Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2 ed. São Paulo: ANCP; 2012. p. 483-499.
3. Gallagher-Allred CR. Food, Dying, and Ethic Background. In: Gallagher-Allred CR. Nutritional Care of the Terminally ill. Maryland: Aspen Publisher; 1989.

- 4.** Melo DA. Nutrição. Oliveira RA, organizador. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
- 5.** AbdulmassihEMS, Filho EDM, Santos RS, Jurkiewicz AL. Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaringea em Ambiente Hospitalar. *ArqIntOtorrinolaringol.* 2009; 13(1):55-62.
- 6.** Paixão CT, Silva LD, Camerini FG. Perfil da Disfagia após um Acidente Vascular Cerebral: uma revisão integrativa. *Rev. Rene.* 2010; 11(1):181-190.
- 7.** Cavalcanti A, Galvão C. Adaptação ambiental e doméstica. In: Cavalcanti A, Galvão C. *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 420-426.
- 8.** Cichero JAY, Steele C, Duivesteyn J, Clave P, Chen J, Kayashita J, et al. The need for international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened liquids used in dysphagia management: foundations of a global initiative. *Curr Phys Med Rehabil Rep.* 2013; 1(1):280-291.
- 9.** Oliveira MMG, Teruel SL, Lima JL, Bergamasco CM, Aquino RC. Terapia Nutricional em Disfagia: a importância do acompanhamento nutricional. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2008; 4(16):71-76.
- 10.** Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Respostas para perguntas frequentes na área de disfagia. São Paulo: SBFA, 2012.
- 11.** Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest.* 2003;124(1):328-336.
- 12.** Salmeron RA. Administración de medicamentos a personas con dificultad para tragar [publicação online]. Barcelona. [acesso em 28 fev. 2016]. Disponível em <http://www.cedimcat.info/html/es/dir2455/doc26581.html>.
- 13.** Sutton LM, Clipp EC. Management of terminal cancer in the elderly patients. *Lancet Oncology.* 2003; 4(1):149-57.
- 14.** Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Paciente oncológico adulto em cuidados paliativos. In: *Consenso nacional de nutrição oncológica/Instituto Nacional de Câncer.* Rio de Janeiro: INCA, 2009.p. 51-64.
- 15.** Aguirre-Bravo AN, Sampallo-Pedroza R. Fonoaudiología em los cuidados paliativos. *Rev Fac Med.* 2015; 63(2):289-300.
- 16.** Nascimento AG. Papel da nutricionista na equipe de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, organizadora. *Manual de cuidados paliativos.* 1ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.p. 227-229.
- 17.** Dreyer E, Brito S, Santos MR, Giordano LCRS. Nutrição enteral domiciliar: manual do usuário - como preparar e administrar a dieta por sonda - 2 ed. Campinas: Hospital de Clínicas da UNICAMP, 2011.
- 18.** Carvalho RT, Taquemori LY. Nutrição e hidratação. Oliveira RA, coordenador. *Cuidado paliativo.* São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p.221-257.

## LUTO E ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA

Sara Xavier Vasconcelos  
Carla Karina Serejo

### Contextualização da morte e do morrer

As atitudes e as percepções sobre a morte sofreram grandes transformações com o decorrer do tempo, o que provocou a concepção da vida dos indivíduos<sup>1</sup>. É por meio da tradição cultural que os indivíduos adquirem concepções sobre a morte, e o morrer na sociedade ocidental, é um ponto central da existência humana, que geralmente está associada à tristeza e ao sofrimento<sup>2</sup>.

Historicamente, a morte foi percebida de diversas maneiras: na Idade Média, por exemplo, a morte era algo natural e esperado. Já para o homem primitivo, a morte traz a recorrência ao mito e à magia, por sua vez, o homem moderno, se desnuda de toda concepção religiosa sobre a morte para resolução do confronto com a finitude. Entretanto, a morte, de uma forma ou de outra, como um fenômeno fatal e inevitável, provoca angústia no ser humano<sup>3</sup>.

A morte constitui um acontecimento medonho, pavoroso, sendo um medo universal, embora se saiba que ela pode ser dominada ainda em vários níveis. Desse modo, muitas razões para se fugir de encarar a morte vão aparecendo. Dentre essas razões está o fato de que morrer é triste diante de vários aspectos, sendo solitário, mecânico e desumano. Morrer, então, torna-se um ato solitário e impessoal, visto que o homem é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas para alguma sala de emergência ou para alguns serviços que lhes prestem socorro isoladamente<sup>4</sup>.

Na cultura ocidental, as atitudes perante a morte sofreram modificações de acordo com a importância que lhe é atribuída. Dentro dessas transformações alguns aspectos que estiveram relacionadas com tais modificações, como o progresso tecno-científico, a incorporação de medidas de higienização, a reorganização das estruturas sociais, particularmente da família e a formação da mentalidade capitalista, voltada para a rentabilidade, benefício e no individualismo, o que implica na dessacralização da morte e em uma nova concepção da enfermidade e da saúde. Portanto, a forma de lidar com o pós-morte, através dos rituais funerários está relacionada com as ações praticadas durante a vida do indivíduo, ou seja, o modo pelo qual uma sociedade lida com os mortos está diretamente relacionada como ela conduz os vivos<sup>5</sup>.

Discutindo acerca do findar do ciclo da vida, Kübler-Ross<sup>4</sup> atribui cinco estágios vivenciados no processo de padecimento de um paciente com doença em estado terminal, o que deve ser considerado nos cuidados paliativos. O primeiro estágio é definido como negação e isolamento, onde o paciente, após receber o seu diagnóstico, não aceita a sua realidade e, inconformado com sua situação de saúde, isola-se no seu sofrimento. Tal negação pode ser utilizada por quase todos os pacientes, seja nos primeiros estágios da doença ou logo após a descoberta do diagnóstico. O paciente que passa por essa fase pode considerar a possibilidade de sua própria morte, no entanto, considera necessário deixar de lado esse pensamento para lutar por sua vida.

O segundo estágio consiste na raiva, onde o paciente revolta-se pela situação de doença que está acontecendo com ele. Em oposição ao estágio da negação, o estágio da raiva é muito difícil de ser lidado pela família e do pessoal hospitalar que acompanha o paciente. Isso ocorre pelo fato de que a raiva sentida se propaga em todas as direções e projetar-se no ambiente vivido pelo paciente, onde muitas vezes não existe uma razão plausível. A equipe de profissionais do hospital torna-se alvo de críticas pelo paciente, onde ele direciona essa raiva sentida. Nessa fase, é importante que os profissionais se coloquem no lugar do paciente, para que possam a compreender melhor e auxiliar a lidar melhor com o paciente<sup>4</sup>.

No terceiro estágio, definido como barganha, é estabelecida no paciente uma relação de acordo e recompensa por algo que faça, pensando que fazendo algo ou agindo de determinada forma poderá sair da condição doente que se encontra. Na realidade, a barganha é uma tentativa de adiamento da morte através da inclusão de um prêmio oferecido por um “bom comportamento”, estabelecendo uma “meta” auto imposta e uma promessa implícita de que o paciente não vai solicitar outro adiamento se o primeiro for atendido. Muitas vezes, essa barganha é feita com Deus, o que é mantida em segredo, no íntimo do paciente<sup>4</sup>.

O estágio seguinte é o da depressão, quando o paciente já não pode mais negar sua condição e fica mais debilitado, com um sentimento de grande perda. Essa depressão pode aparecer por dois tipos, uma depressão reativa ou uma depressão preparatória. A depressão reativa se refere à aflição que surge devido às consequências maléficas causadas pela doença, como desconfortos com o corpo e a autoestima. A depressão preparatória pode surgir na preparação do paciente para quando tiver que deixar esse mundo. Ambas as depressões, por terem naturezas diferentes, devem ser compreendidas e tratadas de formas distintas<sup>4</sup>.

O último estágio é a aceitação, onde fraco e bastante debilitado, o paciente foge de seus sentimentos e rende-se à luta contra a doença, estando já próximo de sua morte. Não se trata de um estágio de felicidade, mas quase como uma fuga de sentimentos, como se a luta do paciente tivesse cessado e chega-se o momento do seu fim. Nesse período, além do paciente, os familiares devem ser apoiados e acompanhados mais intensamente, devido ao grande sofrimento que vivenciam. Muitas vezes o paciente necessita ficar sozinho ou prefere o número mínimo de visitas. A comunicação passa a ser mais não verbal do que verbal e em certos casos, o próprio paciente consola e prepara a sua família para sua partida<sup>4</sup>.

Esses estágios devem ser considerados para que um melhor cuidado possa ser realizado junto ao paciente e não sua estigmatização, para que possa ser pensada uma intervenção adequada e que traga ao paciente uma boa qualidade de morte.

## **Suporte ao luto: paciente e família**

Como lidar com o luto no contexto da atenção primária? É a pergunta que move este pequeno texto e mobilizará algumas reflexões propostas aqui. Primeiramente, precisamos partir de um olhar interdisciplinar, onde lidar com o luto não é uma questão exclusiva de alguns profissionais de saúde. Todas aquelas pessoas que lidam com o doente e sua família vivenciam junto todo o processo de luto durante o acompanhamento.

O suporte psicológico aparece como espaço de cuidado a mais a ser oferecido para as famílias enlutadas. Nesses casos, na atenção primária você poderá acionar os serviços de psicologia contidos da rede assistencial ou acionar a equipe NASF composta por psicólogos.

Nesse contexto cabe pensarmos o quanto somos tocados por este tema e de que maneira podemos estar junto ao outro oferecendo suporte necessário.

Não há aqui regras e técnicas rígidas a serem seguidas. Claro que existem conhecimentos específicos contidos neste manual que podem ajudar a clarificar esses fenômenos humanos. Algumas considerações teóricas podem nos inspirar a compreender melhor esse universo.

A noção de “dor total” desenvolvida na década de 1960 pela médica inglesa Cecily Saunders reconhece, ao lado das razões orgânicas, o fator emocional – além do social e espiritual, acrescentaria Saunders – como aspecto envolvido na dor e em outros sintomas físicos<sup>6</sup>.

Vale mencionar que nem sempre há condições para que se realize o atendimento clínico psicológico strictu sensu com o doente, seja pela existência de restrições físicas muito severas, falta de demanda por esse tipo de intervenção ou qualquer outra contingência. Isso, entretanto, não necessariamente representa um limite para a ação do psicólogo. É possível criar outros dispositivos de trabalho mais adequados a situação que se lhe apresenta. O registro de narrativas ligadas a história de vida, por exemplo, cria um espaço de interlocução e confiança entre o doente e o psicólogo que pode propiciar o reconhecimento de que o primeiro tem ainda um papel social a desempenhar: lembrar e contar. A narrativa de episódios afetivamente relevantes para o paciente pode ajudar na reorganização de uma autoimagem vilipendiada pela doença, pela internação hospitalar e pela proximidade da morte, constituindo-se num modo indireto de elaboração da experiência do morrer<sup>6</sup>.

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. E por esse motivo que em Cuidados Paliativos a atenção a família do doente é outro aspecto norteador das ações da equipe. Note-se que a atenção a família requer do psicólogo a capacidade de manejar situações grupais<sup>6</sup>.

E por isso que o psicólogo estimula doente e família a pensar e falar livremente sobre sua situação. Desse modo, procura legitimar seu sofrimento e contribuir para a elaboração das experiências de adoecimento, processo de morte e luto<sup>6</sup>.

## **INTERVENÇÕES DE SUPORTE LUTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

### **Assistência Domiciliar**

No contexto da saúde pública e na atenção básica, o atendimento de famílias em domicílio constitui um campo importante de intervenção multiprofissional, pois a família é um grupo com características próprias e coadjuvante na configuração da subjetividade e da construção do processo saúde/doença do sujeito. Além disso, é possível a influência do território e suas peculiaridades no acompanhamento longitudinal.

A escuta da família é capaz de facilitar a compreensão das demandas explícitas e subjacentes do sofrimento e, com isso, ampliar os sentidos do binômio saúde-doença para toda equipe.

O trabalho com o paciente a família a partir de uma escuta humanizada proporciona uma compreensão ampliada e interdisciplinar da saúde e da doença, de modo a deslocar a atenção individual do adoecimento e dos sintomas para a dimensão intersubjetiva, que é atravessada por uma história e por uma forma particular de convivência entre os membros.

Existem alguns instrumentos metodológicos que auxiliam a compreensão do sistema social e familiar de cada paciente como o ecomapa e genograma, ressaltando que sua utilização deve estar aliada a conhecimentos técnico-científicos, habilidades de observação e comunicação, além da sensibilidade e do bom senso<sup>7</sup>.

### **Mudanças no Modelo de Saúde**

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Na definição já clássica de Bárbara Starfield, APS representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema<sup>8</sup>.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS. A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país.<sup>8</sup>

Assim é que, dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Um Nasf é constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O Nasf não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF<sup>8</sup>.

O Nasf deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação

social, educação popular; promoção da saúde e humanização<sup>8</sup>.

Aqui é interessante reforçar como deve ser organizado o processo de trabalho dos profissionais do Nasf. Devem ser desenvolvidos por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Organizando e estruturando espaços de: (a) Atendimento compartilhado; (b) Intervenções específicas dos profissionais do Nasf com usuários e famílias; (c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade. Utilizando ferramentas tecnológicas, das quais são exemplos: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.

### **Assistência à família**

A morte de um dos membros da família é um dos momentos marcantes de crise pelos quais ela passará. A forma como a morte é encarada varia drasticamente de cultura para cultura, e de uma época para outra. Por mais suave que seja essa transição, a morte sempre tem algo de doloroso que necessita ser vivenciado. Por esta razão, para aliviar a “dor” de quem sofre uma perda, e para ajudá-lo a adaptar-se a uma nova realidade, as diversas sociedades criaram formas específicas de rituais para esse momento. No entanto, apesar de existirem formas específicas para se lidar com a morte em cada cultura, cada família dará uma roupagem própria a esta forma, interpretando-a a sua maneira, o que deve ser considerado no cuidado prestado a essa família<sup>9</sup>.

Atualmente, a sociedade apresenta certo distanciamento da morte, o que leva a um desconhecimento sobre a mesma e logo: ao medo. Entretanto, mesmo que de uma forma precária, as famílias e os próprios indivíduos desenvolvem formas específicas de lidar com as perdas. O terapeuta que trabalha com estas questões, deve cuidar para não deixar que suas próprias ansiedades e fantasias interponham-se ao seu trabalho, querendo que as pessoas vivenciem ou expressem abertamente seu processo de luto. Ao invés disso, precisa estar atento e intervir mais enfaticamente, somente quando perceber que algo está atrapalhando o processo<sup>9</sup>.

Nunca é demais ressaltar que cada pessoa tem seu momento e forma de lidar com o luto, e, quando isso não ocorre, aí sim uma intervenção terapêutica mais enfática se faz necessária. Os profissionais que estiveram intimamente ligados ao tratamento do paciente em cuidados paliativos desejam continuar o contato com a família, por mais algum tempo, quando possível. Eles sentem o pesar sobre a morte do paciente, e a última ajuda que podem prestar é acompanhar o processo de luto da família e comunidade, respeitando o tempo de e curso de cada um, estando atento às implicações desse luto no contexto familiar<sup>10</sup>.

Qualquer tipo de tristeza, da mais simples à mais grave, deixa a pessoa debilitada e que dois componentes básicos são percebidos nessa manifestação, variando de magnitude e intensidade: uma resposta emocional e a interrupção de uma atividade habitual. Dessa forma, estes dois componentes já podem ser esperados pelo profissional que trabalha com o luto, constituindo-se em elementos que precisam ser levados em consideração durante a condução desse processo. De maneira geral, nesse momento o importante é tratar o enlutado de maneira honesta, sincera e clara, evitando-se contornos e mecanismos de compensação, compreendendo que as manifestações (dóceis ou agressivas) que são exteriorizadas fazem parte apenas de um momento de transição, podendo

ser, muitas vezes, pedidos de ajuda disfarçados<sup>10</sup>.

Nesse sentido, o acompanhamento durante o período de luto diz respeito principalmente à prevenção, evitando que emoções presas ou mal elaboradas venham a trazer problemas futuros. Se a incorporação da perda é mal feita ou simplesmente ignorada, o indivíduo, em um breve espaço de tempo, pode apresentar quadros patológicos como: desajustes sociais, estados depressivos, doenças psicossomáticas, reprodução de um drama familiar anterior, incorporação do papel do falecido etc.<sup>10</sup>. Por isso é importante o acompanhamento após o óbito, em toda vivência do luto.

### **Repercussão da morte na comunidade**

No que se refere às práticas do luto, encontramos diferenças significativas na sua intensidade e duração, decorrentes da proximidade conferida pelo parentesco, o sexo e o tipo de morte registrada. Assim, a morte comum é muito lamentada pela comunidade e particularmente sentida pelo círculo familiar. O luto abarca não apenas as pessoas, mas também a casa do ente falecido e as condutas sociais dos parentes mais próximos, e mesmo da restante comunidade<sup>11</sup>.

O luto não é um ritual isolado e individualizado, mas sim compartilhado e controlado por toda a comunidade. Atualmente as práticas e ritos do luto têm tendência para se atenuar nas suas características, duração e intensidade, sobretudo nas gerações mais jovens que, sofrendo um processo de aculturação como sociedade envolvente, as alteram e suavizam<sup>11</sup>.

Relativamente à memória relacionada com as “Linhas de Família”, verifica-se também a sua diferenciação de acordo com os estratos socioeconômicos, sendo esta mais longa no grupo dos proprietários e reduzindo-se à medida que caminhamos no sentido descendente da hierarquia social. Nesta concepção é menos importante separar vivos de parentes mortos, do que isolar aqueles indivíduos (vivos ou falecidos), cujas ações, bens, estatuto social e bom nome, se repercutiram mais intensamente na vida de ego<sup>11</sup>.

É necessário que a equipe de saúde esteja atenta as consequências que determinada morte possa causar em uma comunidade, diante da figura representada pelo ente falecido e sua importância para a convivência comunitária, bem como o que representou para a comunidade o processo de adoecimento e morte. Essa atenção se faz necessária para ser possível compreender os movimentos que possam ocorrer após essa perda, para que assim possam ser possibilitadas intervenções coerentes que tragam benefícios à comunidade para dar continuidade ao convívio após a perda.

### **Como a equipe de saúde vivencia o luto?**

Com o decorrer do tempo na cultura ocidental, o fenômeno morte vem assumindo cada vez mais uma conotação de algo “não natural”, encarado pela sociedade com certo preconceito, como algo impronunciável ou no qual não se fizesse necessário pensar. Ela acarreta rompimento de vínculos, perda de papéis e um luto de duração variável. Assim, para as equipes de assistência, a morte acaba por assumir um caráter de fracasso, como se fosse responsabilidade de alguém da equipe a impedir<sup>12</sup>.

É natural e universal que os profissionais de saúde possuam algum tipo de sentimento em relação a seus pacientes. Ao tratar de um paciente, o profissional

de saúde acaba se vinculando a ele de alguma forma, através de identificações, de seu desejo de cuidar ou simplesmente para cumprir a tarefa para qual foi treinado. Entretanto, ao vincular-se, tem início também a possibilidade de rompimento desse vínculo, capaz de gerar intensos sentimentos de pesar. Embora testemunhar a morte seja parte da vida, assim como caminhamos em direção a nossa própria morte, deparar-se com ela é sempre um lembrete da finitude e impotência dos próprios profissionais. Portanto, trata-se de uma experiência que pode afetar o profissional de saúde em diversos âmbitos de sua vida (afetivo, físico, comportamental, social e espiritual), precisando ser elaborada por meio do processo de luto<sup>13</sup>.

Anteriormente ao suporte que deve ser dado à família do paciente que falece, a equipe de saúde também deve cuidar do seu próprio processo de luto, para que assim possa efetivar uma ajuda coerente aos familiares do ente falecido. Para isso, se faz necessário espaço de convivência e diálogo entre a equipe para que possam trabalhar as suas representações e sentimentos referentes às perdas que ocorram durante o dia a dia de trabalho, para que assim os profissionais possam cuidar de si também.

## REFERÊNCIAS

1. Ariés P. A história da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Francisco Alves. (PV. Siqueira, Trad.). Rio de Janeiro: Saraiva, 1977.
2. Kovács MJ. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Edições Loyola, 2004.
3. Xausa IAM. O sentido dos sonhos na psicoterapia em Viktor Frankl. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
4. Kübler- Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
5. Dias JA, Almeida RCN, Oliveira RCS Até o túmulo: Representação dos ritos fúnebre em sociedades modernas. Anais 26º Reunião Brasileira de Antropologia. Porto Seguro, 2008.
6. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27)
9. Silva ALP. O acompanhamento psicológico a familiares de pacientes oncológicos terminais no cotidiano hospitalar. Interação em Psicologia, 2003, 7(1), p. 27-35.
10. Stedeford A. Encarando a morte. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
11. Villa-Lobos MJ. Atitudes perante a morte numa aldeia da beira baixa. III Congresso Português de Sociologia. Práticas e processos de mudança social, 2008, p. 1-9.
12. Fischer JMK, Araújo LRT, Wiegand SCB, D´Spindola TCAS. Manual de Tanatologia. Curitiba: Gráfica e Editora Unificado, 2007.
13. Mazzorra LA. Construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

## CONTROLE DA DOR

**Anderson Acioli Soares**  
**Flávia Augusta de Orange**  
**Mirella Rebello Bezerra**  
**Sandra Katia Maciel Borba**  
**Camila Viana Ximenes**

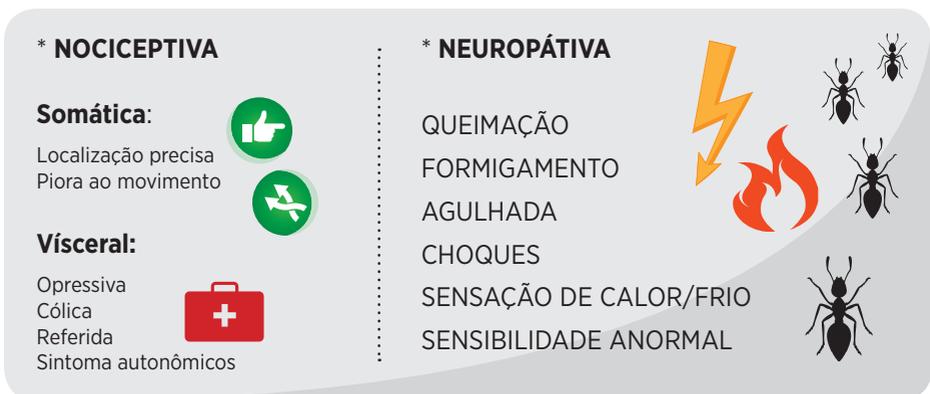
A dor é um problema diário, frequente, que atinge qualquer faixa etária e que pode ser presenciado em todos os níveis de assistência. Leva a sofrimento e, seja uma dor aguda ou crônica, oncológica ou não oncológica, exige do médico da atenção primária um conhecimento global, uma participação ativa, para ajudar o paciente a viver bem dentro da sua comunidade.

A dor é definida pela Sociedade Internacional para o Estudo da dor (IASP) como uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada a lesão tecidual ou descrita em termos de tal lesão. Vale salientar que se trata de uma manifestação subjetiva, que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais<sup>1</sup>.

Dentro desta perspectiva multidimensional da dor, deve se pensar no conceito de “dor total” descrita por Cecília Saunders já em 1993. Este conceito abrange a dor dentro de quatro dimensões diferentes, mas altamente interligadas: Física, Psicológica, Social e Espiritual. A dor física é a mais valorizada e óbvia, sendo a responsável direta pela deterioração do indivíduo. Mas é a dor psicológica/emocional que leva a mudança de humor, representa a perda do controle do paciente sobre sua própria vida e leva a desesperança. Por outro lado, é a dor espiritual que se reflete pela perda de existência e conseqüentemente perda do sentido da vida. Por fim a “dor social, aquela que afasta as pessoas, que impede a convivência em comunidade, que o torna um ser socialmente diferente, muitas vezes inaptos<sup>2</sup>.

Do ponto de vista orgânico, a dor constitui uma resposta resultante da integração central de impulsos dos nervos periféricos, ativados por estímulos locais, distinguindo-se basicamente em: nociceptiva, neuropática e mista (a associação das duas)<sup>3</sup>.

**Figura 10.** Classificação da dor



A dor nociceptiva é aquela em que as vias nociceptivas são ativadas em resposta a uma lesão tecidual, podendo ser classificada em: cutânea (dor somática) ou de tecidos profundos (dor visceral). Por outro lado, na dor neuropática, as vias nociceptivas apresentam alterações na estrutura e ou função do receptor, resultante de lesão seletiva do trato neoespinal (Dor central) ou resultante de lesões no sistema nervoso periférico (Dor periférica) <sup>4,5</sup>.

Alguns pacientes apresentam ambos os 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 musculoesquelética é a mais frequente, sendo um importante preditor de mortalidade, especialmente quando localizado nos membros inferiores e nas costas<sup>4,5</sup>. Vale salientar que a 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, e apesar disso, é pobremente avaliada e dimensionada<sup>7</sup>.

## AVALIAÇÃO

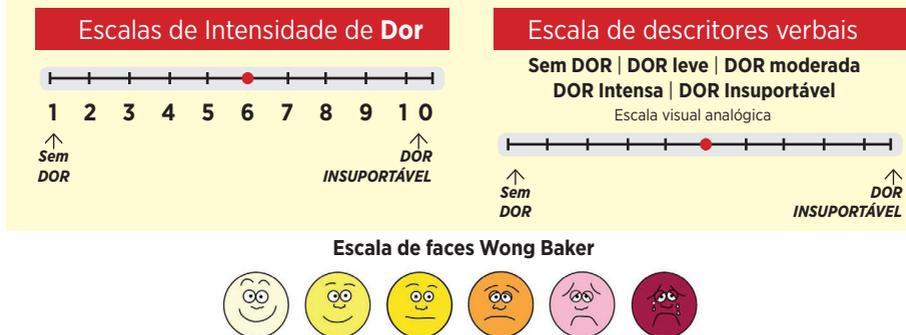
O primeiro passo para o tratamento adequado da dor é sua correta avaliação e a falta de sistematização neste momento frequentemente leva a um subtratamento apesar dos avanços terapêuticos. Existem vários instrumentos para avaliação:

**Os unidimensionais:** que medem apenas a intensidade dolorosa. Podemos citar: a Escala Visual Numérica, Escala de avaliação verbal, Escala de Expressões Faciais, e por último a mais utilizada a Escala Analógica Visual da Dor (Figura 11)

**Os multidimensionais:** que avaliam o efeito da dor na atividade de vida de diária, no humor e na qualidade de vida. São eles o questionário de McGill, e o Breve Inventário da dor entre outros, ambos validados para a língua portuguesa.

**Figura 11.** Escalas de Avaliação da dor

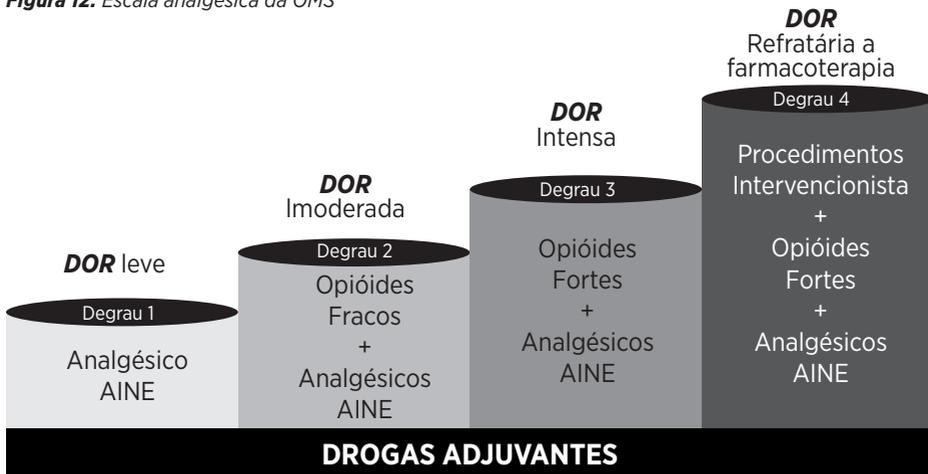
**Fonte:** [Avaliação da intensidade de dor, 2006]



## Tratamento

- São princípios que devem ser considerados antes do tratamento da dor:
- Pela Boca: Sempre que possível, a via oral deve ser a via de escolha para a medicação.
- Pelo Relógio: As doses prescritas devem ser administradas a intervalos fixos de tempo, independente da presença ou ausência de dor, oferecendo-se ainda, no caso de opióides, a dose de resgate, em caso de dor episódica ou acidental
- Pela Escada (Figura 4): Respeitar a hierarquia das drogas analgésicas, prescritas de acordo com a escala proposta pela OMS
- Para o indivíduo: Respeitar as subjetividades individuais, devendo a dosagem de escolha esta de acordo com as características da dor do paciente.
- Uso de Adjuvantes: Usar os adjuvantes com intuito de aumentar a analgesia e controlar os sintomas e efeitos adversos.
- Atenção aos detalhes: Instruir o paciente sobre o nome dos medicamentos, indicação, dosagem, intervalos e possíveis efeitos colaterais<sup>5</sup>.

**Figura 12.** Escala analgésica da OMS



Fonte: [Tratamento da Dor Oncológica em Cuidados Paliativos, 2012]

### Degrau 1 (Dor leve)

Esse degrau é composto por analgésicos não opióides (Dipirona, Paracetamol e AINHs), além das drogas adjuvantes. Os analgésicos não opióides (tabela 2) são indicados para dor leve e podem também funcionar como adjuvantes em qualquer outro degrau da escada analgésica. O seu uso concomitante ao opióide pode ser bastante positivo pelo efeito dose-excedente, permitindo o uso de menores doses de opióides. Os AINHs têm efeitos analgésico, antipiréticos e anti-inflamatório e também podem exercer efeito no SNC e na medula espinal. Deve-se estar atento aos efeitos colaterais como ulceração do trato gastrointestinal, sangramento e disfunção plaquetária.

Os adjuvantes (tabela 3 e 4) são drogas conhecidas como coanalgésicas e quando usadas em combinação com outras drogas, em todos os degraus da escada analgésica, são capazes de aumentar a eficácia dos opióides, tratar os sintomas concomitantes que exacerbam a dor e produzir analgesia independente para dores específicas. A escolha do adjuvante requer conhecimento prévio sobre o paciente e as características da sua dor, além de ser necessário maior contato com o paciente, a fim de observar e intervir no caso de aparecer possíveis efeitos adversos<sup>8</sup>.

Para o manejo adequado da dor deve-se respeitar a escada analgésica e, portanto, caso o controle da dor não seja satisfatório, passar para o degrau seguinte.

**Tabela 2.** Analgésicos Não Opióides

NOMES FARMACOLÓGICOS	POSOLOGIA	DOSE MÁXIMA	APRESENTAÇÕES COMERCIAIS
Acetaminofeno	500 mg de 4/4hs	2.000 a 4.000 mg/dia	Tylenol, Paracetamol comp 500 e 750 mg; gotas de 200 e 100 mg/ml
Dipirona	500 a 1000 mg a cada 6hs	6.000 mg/dia	Dipirona e Novalgina comp 500 mg e 1g
Aspirina	300 a 1000 mg a cada 4/6 hs	4.000 mg/dia	ASS comp 100 e 500 mg Somalgimcomp 100 e 325mg
Cetorolaco	10 a 30mg de 6-8 hs	120 mg/dia	Toragesiccomp 10mg – SL ou VO
Ibuprofeno	400 – 800 mg de 8/8 hs	2.400 mg/dia	Ibuprofenocomp 600 mg Ibuprofeno gotas 50 e 100 mg/ml
Cetoprofeno	50 a 100 mg de 8/8 hs ou 4 em 4hs	300 mg/dia	Profenid caps 50 mg; Profenid retard 200 mg; Biprofenid (liberação lenta) comp 150 mg Cetoprofenocaps 50 mg
Diclofenaco	50 a 75 mg de 8/8 hs	200 mg/dia	Cataflandrág 50 mg; susp fr. 120 ml; supos de 12,75 e 75 mg; sol injetável 75 mg; Voltaren comp 50 mg; Voltaren Retard comp 100 mg; Voltaren SR 75 comp 75 mg; supos 50 mg; amp 3ml com 75 mg (IM)
Ácido mefenâmico	250 a 500 mg de 8/8 hs	1500 mg/dia	Ponstancomp 500 mg
Piroxicam	20 mg a cada 12 ou 24 hs	40 mg/dia	Feldene caps 10 e 20 mg; comp de dissolução instantânea 20 mg; supos 20 mg; amp 40 mg/2 ml (IM) Piroxicam caps 10 e 20 mg
Meloxicam	7,5 a 15 mg	15 mg/dia	Movatecomp 7,5 e 15 mg; amp 15 mg/1,5 ml (IM); Melotecomp 7,5 e 15 mg
Tenoxicam	20 mg a cada 12 ou 24 hs	40 mg/dia	Tilaticomp 20 mg; Tenoxicamcomp 20 mg; fr-amp 20 e 40 mg (IV ou IM)
Nimesulida	50 a 100 de 12/12 hs	400 mg/dia	Nisulidcomp e compdispersível 100 mg; gts 50 mg/ml; granulado 100 mg; susp oral 10 mg/ml; supos 50 e 100 mg; Scaffamcomp 100 mg; granulado 100 mg; supos 100 mg; susp 50 mg/5 ml
Celecoxibe	100 a 200 mg de 12/12 hs	800 mg/dia	Celebra caps 100 e 200 mg
Etoricoxibe	60 a 120 mg de 24/24 hs	120 mg/dia	Arcoxiacomp 60 e 90 mg
Parecoxibe	20 a 40 mg a cada 12 a 24 hs, por 5 dias, no máximo	80 mg/dia	Bextrafr-amp 40 mg (IV/IM)

**Tabela 3.** Adjuvantes - Antidepressivos

<p><b>Classe:</b> Antidepressivos tricíclicos</p> <hr/> <p><b>Nomes farmacológicos:</b> Imipramina   Amitriptilina   Nortriptilina</p> <p><b>Doses usuais:</b> Iniciar com doses menores ( 20 a 25 mg) e aumentar até o efeito desejado.</p> <p><b>Efeitos colaterais mais comuns:</b> boca seca, retenção urinaria, constipação e delirium, sedação e hipotensão ortostática.</p> <p><b>Apresentações comerciais:</b> <i>Imipramina:</i> Tofranil: drágeas de 10-25mg; <i>Tofranilpamoato:</i> caps. de 75 e 150 mg; Imipra: Comp. de 25 mg. <i>Amitriptilina:</i> Amytril: comp. de 25mg; Tryptanol: comp. de 25 e 75 mg. <i>Nortriptilina:</i> Pamelor: caps de 10,25,50,75 mg; Solução oral fr. de 2mg/ml</p>
<p><b>Classe:</b> Inibidores seletivos da recaptção de serotonina</p> <hr/> <p><b>Nomes farmacológicos:</b> Fluoxetina   Paroxetina   Citalopram   Escitalopram   Sertralina</p> <p><b>Doses usuais:</b> Inicias com 20mg(usual com 40 mg). Exceção: sertralina na dose de 100mg</p> <p><b>Efeitos colaterais mais comuns:</b> Nausea, boca seca, sonolência, sudorese, tremor, distúrbios da ejaculação, constipação, cefaleia e astenia.</p> <p><b>Apresentações comerciais:</b> <i>Fluoxetina:</i> Prozac: caps. de 20 mg, fr. de 20mg/5 ml, comp. de 20 mg, caps. de 90 mg de liberação retardada; Daforin: caps. de 10-20mg, gts de 20 mg/ml <i>Paroxetina:</i> Aropax: comp. de 20 mg; Roxetin: comp de 20-30 mg. <i>Citalopram:</i> Cipramil e Procimax: comp. de 20 e 40 mg; Deryl: comp. de 20 mg. <i>Escitalopram:</i> Lexapro: comp de 10 mg. <i>Sertralina :</i> Zoloft: comp. de 50 e 100mg; Tolrest: comp. de 25,50, 75 e 100 mg</p>
<p><b>Classe:</b> Inibidores da recaptção de serotonina e da noradrenalina</p> <hr/> <p><b>Nomes farmacológicos:</b> Venlafaxina   Duoxetine   Mirtazapina</p> <p><b>Doses usuais:</b> Doses variam de 15 a 150 m</p> <p><b>Efeitos colaterais mais comuns:</b> Boca seca, insônia, nervosismo, tremores, náuseas, vômitos, distúrbios ejaculatórios, sudorese, astenia e visão turva.</p> <p><b>Apresentações comerciais:</b> <i>Venlafaxina:</i> Efexor XR: comp de 37,5mg, caps. de 75 e 150 mg; Venlift OD: caps. de 75 e 150 mg (doses usuais de 75 a 225mg/dia, no máximo). <i>Duoxetine:</i> Cymbalta: Caps. de 60mg ( doses usuais de 60-120 mg/dia)</p>

**Tabela 4.** Adjuvantes - Anticonvulsivantes

<p><b>Anticonvulsivantes:</b> <i>carbamazepina</i></p> <hr/> <p><b>Doses diárias:</b> 300 a 1200 mg</p> <p><b>Efeitos colaterais mais comuns:</b> <i>Tontura, náusea, vômitos, sonolência e ataxia, rash cutâneo, alteração da função hepática, etc.</i></p> <p><b>Apresentações comerciais (mais usadas):</b> <i>Tegretol:</i> comp. de 200 e 400mg; susp. A 2% (fr. de 100 ml) <i>Tegretol CR Divitabs:</i> comp. de 200 e 400 mg <i>Tegrrretard:</i> comp. de 200 e 400 mg</p>
<p><b>Anticonvulsivantes:</b> <i>Acido valproico</i></p> <hr/> <p><b>Doses diárias:</b> 900 a 1200 mg   <i>iniciar com 500 mg</i></p> <p><b>Efeitos colaterais mais comuns:</b> <i>Tontura, sedação, aumento de peso, queda de cabelo, tremor, hipotensão, alterações gastrointestinais e inibição da agregação plaquetária</i></p> <p><b>Apresentações comerciais (mais usadas):</b> <i>Depakene:</i> comp. de 0,5 e 2 mg; comp. SL de 0,25 mg; gts de 2,5 mg/mL (1gt=0,1mg) <i>Clopan:</i> comp. de 0,5 e 2 mg</p>
<p><b>Anticonvulsivantes:</b> <i>Gabapentina</i></p> <hr/> <p><b>Doses diárias:</b> 900 a 1800 mg   <i>Iniciar com 300 mg</i></p> <p><b>Efeitos colaterais mais comuns:</b> <i>Sedação, sonolência, fadiga, vomito, ataxia, aumento de peso, nistagmo, boca seca, erupção cutânea, alteração da potencia sexual, constipação, etc.</i></p> <p><b>Apresentações comerciais (mais usadas):</b> <i>Neurontin e Progresse:</i> caps. de 300 e 400 mg</p>
<p><b>Anticonvulsivantes:</b> <i>Pregabalina</i></p> <hr/> <p><b>Doses diárias:</b> 75 a 600 mg   <i>Iniciar com 75 mg, 2x/ dia</i></p> <p><b>Efeitos colaterais mais comuns:</b> <i>Tontura, sonolência, aumento do apetite, confusão, desorientação, irritabilidade, humor eufórico, diminuição da libido, disfunção erétil, insônia, transtornos de equilíbrio, distúrbios de atenção e de memória, tremores, sedação, letargia, diplopia, visão turva, vertigem, edema periférico, sensação de embriaguez e fadiga.</i></p> <p><b>Apresentações comerciais (mais usadas):</b> <i>Lyrica:</i> caps de 75 e 150 mg</p>

## Degrau 2 (Dor Moderada)

Os opióides são medicamentos que interagem com receptores específicos no SNC, no SNP e na musculatura lisa causando reações moleculares que resultam em um efeito. Nesta escala analgésica deve se optar por iniciar com os chamados opióides fracos (codeína e tramadol), recomenda-se usar apenas um opióide por



### Degrau 3 (Dor Intensa)

Nesse degrau podem ser encontrados os chamados opióides fortes: como a Morfina, Fentanil, Metadona e Oxycodona (Tabela 6). Diferentemente dos anti-inflamatórios, não existe dose-teto para os efeitos analgésicos dos opióides, porém o aumento da dose é associado com efeitos adversos que incluem sedação, confusão mental, náuseas e depressão respiratória. Dessa maneira deve-se procurar um equilíbrio entre a eficácia analgésica e os efeitos colaterais.

A Morfina, é considerada a base da analgesia em casos de dores severas, é metabolizada no fígado, sendo a excreção principal feita pelos rins. A sua duração de ação rápida é de 4 horas em média e a meia-vida gira em torno de 135 minutos. Vale salientar a morfina de liberação retardada, que pode ser usada a cada 12 horas. O benefício é pouco ou nenhum quando usada em dor de caráter neuropático. Lembrar que após o controle da dor com morfina de ação rápida, substituir para morfina de liberação retardada ou metadona, pela comodidade da prescrição e dessa forma maior adesão terapêutica. Na figura 5 é possível observar um fluxograma que pode guiar o médico na condução da primeira visita de um paciente com dor, seja na emergência ou no consultório, permitindo uma prescrição inicial segura e eficiente<sup>7</sup>.

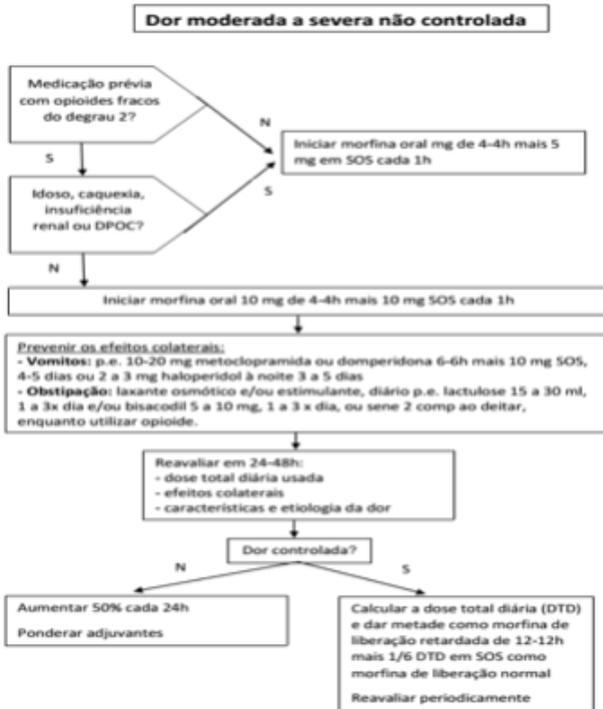
Em relação a prescrição da Metadona, deve-se levar em consideração à sua meia-vida longa e imprevisível e seus efeitos cumulativos, necessitando de avaliações frequentes para se conhecer a dose eficaz. Apresenta início de ação de aproximadamente 8 horas e meia vida de até 48 horas. Pela sua variabilidade farmacocinética a metadona não é geralmente usada para alívio imediato da dor, e, portanto, é iniciado apenas após controle adequado da dor com a morfina. A grande vantagem da metadona é sua ação em bloquear os receptores NMDA o que a torna eficaz para tratamento das dores neuropáticas. Para conversão da morfina oral para metadona, veja a tabela 4 abaixo.

**Tabela 7.** Conversão de Morfina a Metadona

DOSE DIÁRIA DE MORFINA	FATOR DE CONVERSÃO	1º Dia	2º Dia	3º Dia
< 100mg	3	Diminui a dose da morfina um terço e inicia a metadona na dose de um terço.	Reduz a dose da morfina em outro terço e passa a tomar dois terços da dose final desejada de metadona.	Interrompe-se a morfina e passa a metadona para a dose final desejada.
101 a 300	5			
301 a 600	10			
601 a 800	12			
801 a 1000	15			
> 1000	20			

*Exemplo: se o paciente vem fazendo 90mg/dia de morfina, a dose de metadona deve ser 30mg/dia. Primeiro dia fazer 60mg de morfina (divididas de 4 em 4 hs) e iniciar 10mg de metadona (dividida de 12 em 12 hs). No segundo dia passar a morfina para 30mg e a metadona para 20mg de metadona e no terceiro dia retirar a morfina e passar para a metadona dose 30mg/dia.*

**Figura 13.** Fluxograma da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2007



## Rotação de Opióides

Consiste na substituição de um opióide por outro de mesma potência, utilizando uma tabela de equivalência analgésica para obter melhor resposta analgésica (ver tabela 4), e menos efeitos adversos. Essa mudança deve ser efetivada quando a toxicidade do opióide em uso limita o tratamento e estabelece respostas pobres. Dessa forma a troca de opióide pode levar a um melhor balanço entre analgesia obtida e seus efeitos adversos.

### A rotação de opióides está indicada nas seguintes situações:

- *Analgesia insuficiente, apesar do aumento de doses;*
- *Efeitos adversos intoleráveis, mesmo com dor controlada (mioclonia, constipação, náuseas, vômitos, disforia, delirium e sedação excessiva);*
- *Neurotoxicidade;*
- *Pouca resposta ao opióide de primeira linha;*
- *Inabilidade para tolerar a dose efetiva;*
- *Quando se ultrapassa a dose máxima permitida para cada fármaco (para codeína é 360mg e para o Tramadol é 600mg);*
- *Inabilidade para engolir (incluindo pacientes em nutrição parenteral total);*
- *Necessidade de vias alternativas para administração da medicação (pacientes com alteração de fluxo sanguíneo periférico e com pouca absorção de medicações transdérmicas);*
- *Redução do custo do tratamento;*
- *Não aceitação do fármaco pelo paciente;*
- *Impossibilidade de alcançar concentração sanguínea adequada;*
- *Quadro clínico de hiperalgesia.*

É importante observar que os opióides são um grupo de medicamentos que levam ao aparecimento de efeitos adversos comuns, mas que podem desaparecer com a continuação do seu uso, e ser controlado no início de sua utilização com drogas adjuvantes. Assim os pacientes que desenvolvem efeitos adversos intoleráveis, mesmo antes de alcançar a analgesia adequada, devem receber tratamento efetivo para prevenir ou tratar os efeitos adversos, e, somente quando essa intervenção falhar, deve-se considerar o rodízio de opióides.

Uma outra possibilidade antes da troca por um opióide diferente, no caso da intolerância aos efeitos colaterais, é reduzir a dose em 10% a cada 24hs. Caso necessário alterar o opióide ou sua via de administração, poderão ser utilizados os fatores de conversão (Tabela 5), devendo sempre ser a ajustada a dose individualmente.

#### ABSTINÊNCIA DE OPIOIDES

Quando consumidos por tempo prolongado, os opióides, como qualquer outra droga, levam à ativação direta do sistema de recompensa cerebral, e portanto, a sua suspensão brusca pode levar a síndrome de abstinência, devido a diminuição ou ausência da concentração de opióideno sangue ou tecidos do organismo. Vale ressaltar que além da suspensão brusca, esta síndrome pode ser precipitada pela administração de droga antagonista dessa classe (como a Naloxona ou Naltrexona), do uso de um agonista parcial de opióide (como a Buprenorfina) edo uso de um agonista-antagonista em paciente em uso crônico de agonista puro (nalbufina na vigência do uso de morfina)<sup>8</sup>.

Caracteristicamente, há um padrão de sinais e sintomas opostos aos efeitos agudos da substância agonista, levando a uma alteração comportamental problemática, com sintomas fisiológicos e cognitivos. Tais alterações causam sofrimento clinicamente significativo ao paciente, além de prejudicar sua vida social, profissional ou outras áreas pessoais importantes. Para o diagnóstico de abstinência, é importante que sejam excluídas outras condições clínicas as quais podem contribuir para o surgimento da sintomatologia.

#### **As possíveis manifestações de abstinência de opióides são as seguintes:**

Humor disfórico;  
Náuseas ou vômitos;  
Dores musculares;  
Lacrimejamento ou rinorreia;  
Midríase, piloereção ou sudorese;  
Diarreia;  
Bocejos;  
Febre;  
Insônia

Para fins diagnósticos, é preciso, no mínimo, três sintomas dos acima descritos. De forma geral, o paciente inicia o quadro com sintomas mais subjetivos, como ansiedade, inquietação e sensação de incômodo e dor nas costas e pernas, acompanhadas de irritabilidade e aumento de sensibilidade à dor. A piloereção e a febre estão associadas a um quadro de abstinência grave e não são muito observadas rotineiramente, pois os pacientes tendem a consumir a substância antes do progresso da sintomatologia. Sintomas de ansiedade, disforia, anedonia

e insônia se associam a quadro mais crônico de abstinência.

A meia-vida do opioide determina a rapidez e gravidade da instalação da crise de abstinência. Aqueles considerados de curta ação levam ao surgimento dos sintomas em seis a doze horas após o consumo da última dose, enquanto que os de efeito prolongado podem se manifestar em dois a quatro dias.

## REFERÊNCIAS

1. Merskey H, Bond MR, Bonica JJ, Boyd DB, Carmon A, Deathe AB et al. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. IASP Subcommittee on Taxonomia 1986: (Suppl.3):S1-226.
2. Saunders C, Sykes N. The management of terminal malignant disease. 3Ed, Londres: Edward Arnold, 1993.
3. Tortora GJ, Derrickson B. Princípios de Anatomia e Fisiologia. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
4. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p.
5. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativos. 2012. 585 p.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Tradução de Maria Inês Nascimento. Porto Alegre: Art med, 2014,
7. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MEDICOS DE CLINICA GERAL. Recomendações para o tratamento farmacológico da dor, Rev Port Clin Geral, v. 23, p. 457-64, 2007.
8. NAIME, F. F. Manual de Tratamento da Dor. Baurueri, SP: Manole, 2013. 248p.
9. Rangel O, Telles C. Tratamento da Dor Oncológica em Cuidados Paliativos. Rev Hosp Univers Pedro Ernesto Vol. 11, No. 2 Abri/jun 2012
10. CARVALHO DS, KOWACS PA AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DE DOR. MIGR NEAS CEFALÉIAS 2006;9(4):164-168

## CONTROLE DA DISPNEIA

**Gabrielle Ribeiro Sena  
Teresa de Lima Gusmão  
Flávia Augusta de Orange**

Dispneia é o termo usado para designar a sensação subjetiva de dificuldade respiratória, podendo acontecer em pacientes acometidos por diversas doenças e até em indivíduos saudáveis, em condições de exercício extremo. É um sintoma presente em doenças do aparelho respiratório e muito frequente em pacientes oncológicos com ou sem envolvimento pulmonar<sup>1</sup>, acometendo cerca de 20 a 90% pacientes<sup>2</sup>, sendo uma das causas de maior desconforto para pacientes e seus familiares em cuidados paliativos, afetando fortemente a qualidade de vida.

Em pacientes com estágios mais avançados, a dispneia aumenta de prevalência e intensidade ao longo das últimas semanas de vida do indivíduo e com reações diferentes de pessoa para pessoa<sup>3</sup>. Apesar de sua importância, os mecanismos envolvidos com seu surgimento ainda não são completamente conhecidos, sendo um sintoma complexo e com etiologias variadas, além do envolvimento de fatores fisiológicos, sociais e ambientais, que devem ser cuidadosamente avaliados<sup>2,3</sup>.

A avaliação minuciosa do paciente e do seu contexto é a primeira preocupação dos profissionais de saúde para abordar os sintomas em Cuidados Paliativos, pois dificilmente os pacientes vivenciaram os sintomas isoladamente. No caso específico da dispneia, controlar fatores como o stress podem ter um papel fundamental na manifestação e controle desse sintoma<sup>4</sup>. Com base nisso, parece claro a necessidade de se adotar de um modelo biopsicossocial para o controle da dispneia, sistematizando todo o processo.

**Figura 14.** Avaliação da Dispneia



Fonte: Manual de Cuidados Paliativos da ANCP

As opções terapêuticas para estes pacientes devem focar o alívio ou eliminação da dispnéia, restaurar a normalidade funcional, minimizar ou eliminar a hospitalização e tornar mais eficiente o uso dos recursos humanos e materiais disponíveis. O controlo sintomático da dispnéia pode ser realizado através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo a morfina o fármaco mais utilizado, seguido da oxigenoterapia e broncodilatadores<sup>5</sup>.

Desta forma, de maneira didática, é possível sistematizar de forma objetiva quais devem ser as prioridades e o foco no atendimento para controle de dispnéia em etapas distintas da doença<sup>2</sup>.



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 reversíveis. O uso de medidas paliativas exclusivas nesse caso assume importância relativamente menor.



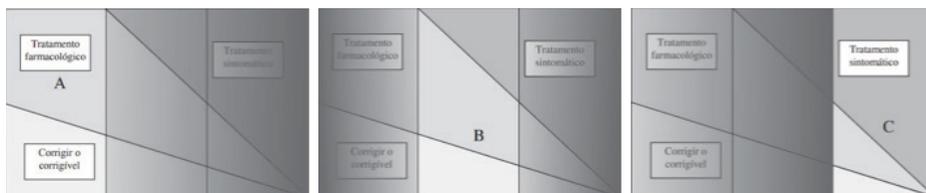
Sintomas predominantes ao repouso. Nessa situação, o contexto em geral é de doença já em processo de evolução na qual a funcionalidade do paciente em geral já é comprometida. Nessa situação, condutas voltadas para o tratamento da doença de base e causas reversíveis, passam a ter importância menor que as medidas paliativas na composição das ações destinadas ao controle dos sintomas.



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.

**Figura 15.** Perfis didáticos para avaliação das possibilidades de tratamento da dispneia em CP e importância relativa das diferentes medidas possíveis

### Dispneia - Perfis para tratamento



**Fonte:** Manual de Cuidados Paliativos da ANCP

## Dispneia: perfis para tratamento

A abordagem do paciente deverá ser sempre individualizada, evitando-se, portanto a padronização do cuidado, por meio da utilização de protocolos engessados. Além disso, nos próximos tópicos abordaremos tratamentos /técnicas possíveis de serem realizadas em uma Unidade Básica de Saúde da Família ou no cuidado domiciliar.

## TRATAMENTO FARMACOLÓGICOS

### Opióides

O mecanismo de ação dos opióides no controle da dispnéia é relativamente desconhecido. Sabe-se, no entanto, da existência de receptores opióides no Sistema Nervoso Central, em toda árvore respiratória e principalmente em alvéolos<sup>2</sup>. A sua ação sabe-se que modula a dispnéia através dos seguintes mecanismos: redução da ventilação por minuto, aumentando a eficiência ventilatória durante o esforço e reduzindo as respostas ventilatórias à hipoxemia e hipercapnia através da broncoconstrição<sup>6</sup>.

Um aspecto relevante a ser considerado é que, normalmente pacientes que apresentam dispnéia, principalmente em fase avançada de doença, apresentam dor associada, sendo benéfico duplamente o uso do opióides nesses casos<sup>2</sup>.

**Tabela 8.** *Uso de opióides na dispnéia*

### DISPNÉIA LEVE/ PACIENTES VIRGENS DE TRATAMENTO

Codeína 30mg VO 4/4h

### DISPNÉIA GRAVE

#### PACIENTES VIRGENS DE TRATAMENTO

- Sulfato de Morfina 5mg 4/4h
- Oxycodona 5mg Vo 4/4h

#### PACIENTES TOLERANTES A OPIÓIDES

- Dose inicial 25-50% maior
- Resgates se necessário

**Fonte:** Manual de Cuidados Paliativos da ANCP

### Observações2:

- *Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica e cardiopatas são mais sensíveis e devem ter início do seu tratamento com metade da dose usual.*
- *Pacientes tolerantes a opióides devem se beneficiar com doses mais liberais, sempre lembrando dos resgates.*
- *O uso de opióides por via inalatória é controverso na literatura.*
- *Os efeitos adversos tendem a ser iguais aos observados no tratamento de dor*

## Benzodiazepínicos

O uso dos benzodiazepínicos se justifica pela presença de componente emocional associado aos sintomas de natureza respiratória. Para tanto, é, inclusive, frequente o uso em associação com o opióide. Apesar de alguns estudos mostrarem que o efeito da associação no controle da dispnéia é semelhante ao uso do opióide isolado, observa-se que, quando o componente emocional é marcante, existe melhora adicional expressiva<sup>2</sup>.

**Tabela 9.** Uso de Benzodiazepínicos na dispnéia

DROGA	POSOLOGIA
Midazolam	5 a 10 mg / dia
Lorazepam	0,5 a 1,0 mg / dia
Diazepam	5 a 10 mg / dia

**Fonte:** Manual de Cuidados Paliativos da ANCP

## Oxigênio

Estudos demonstram a existência de receptores de estímulos mecânicos na região da face, que são estimulados com fluxo aéreo. Portanto, manobras como abrir as janelas de casa, deixar o paciente em lugar arejado como o terraço, ou mesmo o uso de um ventilador frequentemente tem um efeito positivo, diminuindo a sensação subjetiva de dispnéia e diminuindo, muitas vezes, a necessidade de oxigênio nasal<sup>2</sup>.

Em pacientes com doença pulmonar crônica, 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 se nas quais a saturação de oxigênio fica abaixo de 90%<sup>2</sup>.

Na Insuficiência Cardíaca não há estudos que suportem o uso rotineiro de oxigênio para palição, devendo sua indicação ser avaliada individualmente<sup>2</sup>. Assim, do ponto de vista geral, existe ainda pouca evidência do benefício concreto do uso indiscriminado de oxigênio em Cuidados Paliativos, limitando-se a sua indicação a subgrupos e situações especiais<sup>2</sup>.

## Tratamento Não-Farmacológicos

Uma série de medidas não farmacológicas pode ser instituída para proporcionar conforto e bem-estar ao paciente e família. Nesse sentido, o trabalho de uma equipe multidisciplinar (NASF) pode ser de grande valor, através de técnicas e posicionamento que ajudem a manutenção da via aérea pérvia, planejamento de atividades e de contenção de energia, técnicas de relaxamento, acupuntura, atenção e escuta ativa<sup>2</sup>.

Outro aspecto importante a ser considerado é que, ao se tomar todas as medidas possíveis e pertinentes para cada situação, devemos lançar mão de elementos para tranquilizar a equipe, para que dessa forma o profissional de saúde possa dar apoio, mais de perto, à família<sup>2</sup>.

## REFERÊNCIAS

- 1.** MARTINEZ JAB; PADUA AI & TERRA FILHO J. Dispneia. Medicina, Ribeirão Preto, 37: 199-207, jul./dez. 2004.
- 2.** ANCP. Manual dos Cuidados Paliativos ANCP. ANCP, 2012; 2ª ed.
- 3.** Viola R. et al. (2008) The management of dyspnea in cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer, Vol.16, p.329-337
- 4.** Kamal, AH; et al. (2012) Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options. Journal of Palliative Medicine, vol. 15, no. 1; p. 106-114
- 5.** Muduly, DK; et al. (2011) An Update in the Management of Malignant Pleural Effusion. Indian Journal of Palliative Care, vol. 17, issue 2; p. 98-103
- 6.** Marciniuk DD; et al. (2011) Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: a Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. Can Respir J. 2011 Mar-Apr;18(2):69-78

## CONTROLE DA CONSTIPAÇÃO

**Anderson Acioli Soares**  
**Mabelle Moraes Cordeiro**  
**Davi de Brito Câmara**

Constipação é o problema digestivo mais comum na população em geral, tendo diversas etiologias subjacentes<sup>1</sup>. No âmbito dos Cuidados Paliativos (CPs), tal sintoma ganha relevância dada sua maior frequência e morbidade associada e por, virtualmente, apresentar caráter multifatorial, seja determinado por sua patologia de base ou pelo tratamento a ela direcionado<sup>2</sup>. Podemos citar dentre estes fatores: gênero feminino, sedentarismo, imobilidade parcial ou total, a baixa ingestão de fibras e líquidos, efeito colateral medicamentoso, dentre outros<sup>3</sup>. O manejo adequado da constipação é também responsabilidade dos profissionais voltados à atenção primária.

### Definição e Epidemiologia

Baseado em estudos epidemiológicos americanos e ingleses, constipação tem sido definida como frequência evacuatória menor que três vezes semanais. Porém, esta definição não é amplamente aceita, podendo a constipação também ser caracterizada por episódios de evacuações difíceis ou dolorosas, associados à diminuição da frequência dessas e/ou presença de fezes endurecidas<sup>4</sup>.

Evacuações diárias não são, necessariamente, indicativas de normalidade da função intestinal. A frequência “normal” tem uma grande variabilidade individual, podendo ser de 1 a 3 vezes ao dia a 3 vezes semanais. Entretanto, menos de 3 vezes/semana pode ser considerado normal, se isso não representa uma mudança a partir da frequência habitual de evacuação e não se associa a desconforto<sup>5</sup>. Por isso, alguns autores têm proposto que somente com o uso de diários que caracterizem o hábito intestinal podemos definir adequadamente a constipação<sup>4</sup>.

Outra importante definição é a de constipação crônica primária ou funcional, recomendada pelo comitê internacional (Roma III), e baseia-se na presença dos seguintes achados nos últimos três meses, com início dos sintomas há pelo menos seis meses antes do diagnóstico:

**Tabela 10.** Critérios de Roma III para constipação<sup>6</sup>

### PRESENÇA DE DOIS OU MAIS DOS SEGUINTE SINTOMAS:

- Uso de força em  $\geq 25\%$  das evacuações;
- Fezes endurecidas ou petrificadas em  $\geq 25\%$  das evacuações;
- Sensação de evacuação incompleta em  $\geq 25\%$  das evacuações;
- Sensação de obstrução ou bloqueio anorretal em  $\geq 25\%$  das evacuações;
- Manobras manuais para facilitar  $\geq 25\%$  das evacuações (*por exemplo, manobra digital, apoio do assoalho pélvico*);
- Menos de 3 evacuações semanais.

## CRITÉRIOS ADICIONAIS:

- Fezes que raramente são eliminadas sem o uso de laxantes;
- Critérios insuficientes para indicar a SII

Dependendo dos critérios diagnósticos utilizados e fatores sócio-demográficos, estima-se que a prevalência de constipação na população ocidental varie entre 1 a 20%. Já na população idosa, observa-se uma prevalência que varia entre 30-50% em indivíduos residentes em comunidade, podendo chegar à 50% naqueles institucionalizados<sup>7,8</sup>. E entre os indivíduos com doenças terminais em uso de opioides, a prevalência chega a 80%

Dentre os principais fatores de risco, podem-se citar o gênero feminino, medicamentos, depressão e imobilidade. Além de muitas doenças crônicas que predisõem a constipação, como a Doença de Parkinson, hipotireoidismo, diabetes mellitus, doença diverticular, síndrome do intestino irritável e hemorroidas<sup>3</sup>.

### Diagnóstico etiológico e clínico

O alentecimento do trânsito intestinal apresenta diversas etiologias, que são classificadas: causas primárias (tabela 11) ou secundárias (tabela 12). Estas, comumente, estão associadas a doenças neurológicas e metabólicas, lesões obstrutivas do trato gastrointestinal, incluindo câncer colorretal, desordens endócrinas, tais como diabetes mellitus e hipotireoidismo, doenças psiquiátricas, como anorexia, entre outras<sup>9</sup>. Constipação também pode ocorrer como efeito colateral de diversas medicações e classicamente podemos citar os opióides, os antagonistas 5-HT<sub>3</sub> e anticolinérgicos<sup>3</sup>. Atentar que pacientes diagnosticados com síndrome do intestino irritável (SII) eventualmente se queixam de períodos de constipação, que podem se alternar com diarreicos ou mesmo períodos de normalidade.

**Tabela 11.** Causas de constipação funcional ou primária<sup>9</sup>

<b>FALTA DE LÍQUIDO E FIBRAS NA DIETA.</b>
<b>IMOBILIDADE, SEDENTARISMO.</b>
<b>FALTA DE PRIVACIDADE PARA A EVACUAÇÃO.</b>
<b>FALTA DE TEMPO PARA A EVACUAÇÃO.</b>

**Tabela 12.** Causas de constipação secundária

**ANORMALIDADES ANORRETAIS E DO CÓLON:** estenose, neoplasia, doença inflamatória, compressão extrínseca, isquemia.

**DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS:** diabetes mellitus, hipercalcemia, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, pan-hipoptuitarismo, insuficiência renal crônica.

**NEUROLÓGICAS:** acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, esclerose múltipla, neuropatia autonômica.

**MIOGÊNICO:** dermatomiosite, esclerodermia, amiloidose.

**IATROGÊNICO:** uso prolongado de laxantes, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), opióides, psicotrópicos (ISRS, tricíclicos), anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, anticolinérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, sais e suplementos a base de ferro, antiácidos a base de cálcio e alumínio, anti-histamínicos.

**OUTRAS:** depressão, imobilidade, doença de Hirschsprung, defecação dissinérgica, megacólon.

*Fonte: Adaptado de Satiche SCR, Clinical Interventions in Aging 2010<sup>10</sup>*

Quanto ao diagnóstico, é relevante obter história clínica detalhada e exame físico minucioso, que pode incluir a avaliação perianal e retal. Nestes pacientes deve-se focar na identificação das possíveis condições causais e sintomas de alarme. É importante também fazer o diagnóstico diferencial entre constipação simples e complicada, com presença de impactação fecal (fecaloma) ou oclusão intestinal<sup>2, 3, 5</sup>.

A avaliação clínica deve incluir, portanto, história detalhada do hábito intestinal, características das fezes (se endurecidas, volume e dificuldade de eliminá-las), fatores predisponentes, sintomas associados e tratamentos instituídos<sup>3</sup>.

Definir a natureza e duração da constipação é fundamental, já que podemos estar diante de uma interpretação errônea do paciente quanto aos hábitos intestinais ditos anormais, pois apenas um quarto de todos os pacientes que se consideram constipados tem menos de 3 evacuações por semana<sup>10</sup>. Identificar causas secundárias e que, por consequência, apresentam tratamentos específicos também é importante, principalmente em pacientes idosos que frequentemente se queixam de esforço excessivo para evacuar ou a sensação de dejeção incompleta<sup>5</sup>. E somente após a exclusão de causas secundárias, o diagnóstico de constipação funcional deve ser considerado.

O exame físico nem sempre é útil para a maioria dos pacientes, porém a avaliação perianal e retal pode auxiliar nas seguintes situações: identificação de fissuras e hemorróidas que podem ser consequência da constipação, ou dolorosas inferindo numa retenção fecal voluntária do paciente; assimetria à inspeção retal pode sugerir desordem neurológica esfinteriana; avaliar presença de impactação fecal e auxiliar em sua extração, entre outros benefícios.

### **Exames Complementares**

Exames laboratoriais, radiológicos ou endoscópicos devem ser destinados somente a casos específicos onde haja sinais de alarme, tais como hematoquezia, perda ponderal involuntária, história familiar de câncer de cólon ou doença

inflamatória intestinal (DII), anemia, pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva ou alteração recente no hábito intestinal em idosos.

Recente revisão sistemática concluiu que há pouca evidência que suporte a solicitação rotineira desses exames no contexto da constipação. Desse modo, estes exames destinam-se a pacientes que apresentem os sinais de alarme acima citados<sup>9</sup>.

### Exames Laboratoriais

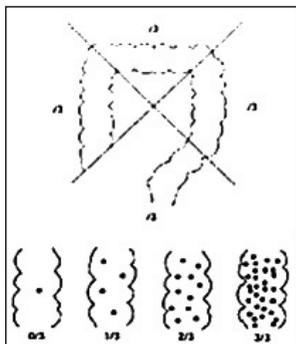
Poderão fazer parte da investigação laboratorial nestes casos: hemograma, glicemia, creatinina e cálcio (iônico e total) séricos, hormônio estimulante da tireóide (TSH)<sup>11</sup>.

### Radiológicos

Uma ferramenta útil é a radiografia simples de abdome, pois além de ser um método não invasivo, de baixo custo, particularmente em idosos, uma vez que estes frequentemente apresentam déficit cognitivo ou dependência funcional que, por vezes, dificultam a anamnese. Poderemos ainda observar retenção fecal e/ou indícios de megacólon, além de auxiliar no monitoramento do clareamento intestinal<sup>3</sup>.

A fim de facilitar o diagnóstico e padronizar a análise, a cada segmento do cólon (ascendente, transverso, descendente e retossigmoide) é atribuída uma pontuação, que depende da quantidade de material fecal visível na luz intestinal (figura 16), sendo: 0, ausência de fezes; 1, fezes ocupando menos de 50% da luz intraluminal; 2, mais de 50%; e finalmente, 3, onde se observa fezes ocupando completamente a luz intestinal. A pontuação total pode, por conseguinte, variar entre 0 e 12. Escore maior ou igual a 7, indica constipação severa e requer intervenção<sup>3</sup>.

**Figura 16.** Avaliação da radiografia de abdome simples na constipação



Outra opção é o estudo de retenção de marcadores de 5 dias. Trata-se de um método simples e que não traz riscos aos pacientes. Requer, inicialmente, a ingestão destes marcadores, que podem ser obtidos após fragmentação em pequenos pedaços (2-3 mm de diâmetro) de um tubo radiopaco seguido de radiografia simples de abdome 120 horas após sua administração, sendo suficiente para avaliar o tempo do trânsito colônico através da quantificação dos marcadores presentes. Se persistirem mais de 20% desses marcadores no cólon infere-se que o trânsito intestinal esteja lentificado. Já seu acúmulo distal pode indicar um transtorno de evacuação e, nos casos típicos de constipação por lentidão do trânsito, quase todos os marcadores estarão presentes e serão observados tanto no cólon esquerdo quanto no direito<sup>3</sup>.

## Exames Endoscópicos

A retossigmoidoscopia flexível ou a colonoscopia podem identificar lesões que cursem com oclusão intestinal, parcial ou completa, permitindo ainda a realização de biópsias de lesões suspeitas e polipectomias. Destaca-se que os objetivos de tratamento da oclusão intestinal, que pode ser maligna ou não, difere drasticamente dos quadros não oclusivos<sup>9</sup>.

### Tem-se sugerido realizar procedimentos endoscópicos nos seguintes pacientes<sup>9</sup>:

- Com mais de 50 anos com constipação e que não foram previamente rastreados para câncer colorretal. Porém, esta idade deve ser menor em pacientes com familiares de primeiro grau com história de neoplasia colorretal.
- Com constipação associada a sinais de alarme.
- Tratamento cirúrgico prévio para constipação.

## Outros Exames

Podemos citar outros exames complementares que incomumente são solicitados e destinam-se apenas aos casos refratários: manometria anorretal, teste de expulsão do balão intrarretal, tempo de trânsito colônico e a defecografia<sup>5</sup>.

## Tratamento

Consiste em medidas gerais e terapêutica farmacológica.

### Medidas Gerais

O manejo inicial para tratamento da constipação primária ou idiopática inclui orientação ao paciente, enfatizando quanto ao melhor horário para a evacuação, que pode ser após 30 minutos das refeições, dado o aumento da motilidade intestinal pós-prandial, na presença dos reflexos fisiológicos gastro e enterocólicos ou ao se levantar. Educar também quanto a importância de exercícios físicos<sup>11</sup>.

Deve-se evitar o uso indiscriminado de laxativos, bem como o bloqueio voluntário e repetido do desejo de evacuar, além de atividades distratoras, como leitura. Quanto à postura, a posição de cócoras pode facilitar a evacuação<sup>11</sup>.

A ingestão adequada de líquidos deve ser estimulada, respeitando-se, porém, as morbidades associadas, como insuficiência cardíaca e renal<sup>12</sup>. Sendo as fibras alimentares de suma importância no tratamento não farmacológico da constipação, serão discutidas num tópico a parte.

### Medidas Farmacológica

Devem ser utilizadas quando o tratamento comportamental não for satisfatório. Todos os laxativos promovem aumento dos movimentos peristálticos e diminuição da consistência das fezes, mas cada um com seu mecanismo de ação predominante. Entre os mais utilizados, encontramos<sup>3</sup>:

Estimulantes da mucosa colônica (por exemplo, sene, bisacodil, picossulfato de sódio, supositório de glicerina 12%, docusato): devem ser evitados na suspeição de obstrução intestinal. Seu uso é frequente na prática clínica, inclusive, como

automedicação<sup>3</sup>. Seus efeitos adversos principais são: dor abdominal, distúrbio eletrolítico (hipopotassemia), enteropatia perdedora de proteínas, e reação alérgica, embora estes últimos sejam incomuns<sup>11</sup>.

**Laxativos osmóticos:** consistem em soluções eletrolíticas contendo polietilenoglicóis (“PEG” ou macrogol) ou açúcares não absorvíveis, como a lactulose ou sorbitol. Agem retendo fluidos na luz intestinal por efeito osmótico. Alguns estudos afirmam que PEG seja mais eficaz que a lactulose. Complicações associadas ao seu uso: hipermagnesemia, insuficiência renal, interfere na absorção de diversos fármacos, como dicumarínicos, digoxina e clorpromazina<sup>12</sup>. A sua administração, principalmente da lactulose, deve ser associada com líquidos para ser mais eficaz e pode levar até 3 dias para promover o efeito laxativo esperado, não sendo, portanto, indicado para alívio imediato dos sintomas da constipação<sup>2</sup>.

**Laxantes formadores de bolo:** apresentam mecanismos semelhantes aos das fibras dietéticas, haja vista a retenção de líquido e aumento do bolo fecal. São derivados da celulose e polissacarídeos semissintéticos, como metilcelulose, plântago, ágar e farelo. Podem ser utilizados em monoterapia ou associados à outras terapias laxativas<sup>3</sup>. Apresentam os seguintes efeitos adversos: dor e distensão abdominal, flatulência e impactação fecal. Por este motivo, antes de seu uso, deve-se avaliar o risco de impactação (uso de opioides, desidratação, confinamento crônico ao leito, obstrução intestinal, megacólon), quando pode haver contraindicações<sup>3</sup>.

Laxativos lubrificantes e emolientes tem como principal ação amolecer e lubrificar as fezes, bem como diminuir a absorção hídrica do cólon. Reduzem ainda a tensão superficial das fezes, aumentando a retenção de água e substâncias gordurosas no bolo fecal. Seus representantes são: óleo mineral, clíster glicerinado 12%, docusato de sódio<sup>3</sup>. Importante contraindicação são paciente idosos com déficit cognitivo significativo ou de deglutição, em razão do risco de pneumonia lipoídica, condição potencialmente grave e associada às microaspirações frequentes apresentadas por tais pacientes. É oportuno evitar seu uso também em pacientes portadores de doença do refluxo gastroesofágico no período noturno, pela mesma razão<sup>10</sup>.

Enemas e supositórios são indicados, apenas, para o tratamento de impactação fecal e para a terapêutica intermitente de constipação crônica quando outras medidas não forem eficazes, pois seu uso prolongado pode ocasionar em irritação retal e hiperfosfatemia, em portadores de insuficiência renal crônica<sup>5</sup>.

No caso de pacientes que iniciarão terapia com opioides, estes devem ser submetidos a um regime laxativo profilático, consistindo a terapia inicial com agentes estimulantes (sene 15 mg de 12/12 horas, podendo progredir até 22,5 mg de 4/4 horas). Caso os sintomas permaneçam, está indicado a associação de agentes osmóticos, como o sorbitol ou lactulose (15 a 20 ml, até de 8/8 horas). Não obtendo resposta, o próximo passo é adicionar bisacodil supositórios (10 e 20 mg) e, após 2 horas, realizar vários enemas salinos no cólon com solução fisiológica aquecida. Repetir até obtenção do efeito desejado<sup>5</sup>.

## Intervenções nutricionais

As adequadas recomendações nutricionais são fundamentais tanto para a prevenção quanto para auxiliar no tratamento da constipação devendo ser instituídas precocemente e de forma contínua, mesmo que o paciente esteja em uso de terapia medicamentosa laxativa. A primeira linha dietoterápica engloba o aumento da ingestão hídrica e o consumo de fibras dietéticas advindas, principalmente, de cereais integrais, leguminosas secas, vegetais e frutas com cascas e/ou bagaço e com maior teor laxativo. Habitualmente, devem ser ingeridas 20 a 35 gramas diárias de fibras<sup>11</sup>.

Sabe-se, que as fibras alimentares têm importante papel na prevenção da constipação. As fibras insolúveis, por exemplo, possuem propriedade de reter líquidos em sua matriz estrutural facilitando assim a formação do bolo fecal. Já às solúveis, são responsáveis por reações de fermentação, formando gases e ácidos graxos de cadeia curta que estimulam a mobilidade e aceleram o trânsito intestinal e aumentam o bolo fecal otimizando o peristaltismo<sup>12</sup>.

Para os pacientes que se encontra em CPs, principalmente devido à anorexia, nem sempre é possível alcançar um aporte hídrico e alimentar satisfatórios, sendo a redução da ingestão alimentar motivo de grande angústia para o paciente e seus familiares. Frequentemente, a indicação do uso destas fibras deve ser reavaliada e reduzida ou mesmo descontinuadas, já que durante seu uso, os pacientes podem apresentar flatulência excessiva, distensão e dor abdominal, náuseas ou vômitos, ocasionando ainda mais desconforto<sup>13</sup>.

Abaixo são sugeridas algumas condutas em pacientes sob cuidados paliativos, bem como o modo de preparo das opções dietéticas laxativas<sup>14</sup>:

**Tabela 13.** [Condutas Laxativas para pacientes em cuidados paliativos]

### DIETA POR VIA ORAL

**Dieta + Coquetel + Chás laxativos (ambiente hospitalar ou domiciliar)**

### DIETA POR VIAS ALTERNATIVAS (sondas entéricas ou ostomias)

**Dieta polimérica com fibras associada a chás laxativos (ambiente hospitalar)**

**Dieta artesanal com fibras associada a chás laxativos (ambiente domiciliar)**

**Fonte:** Instituto Nacional do Câncer, 2009<sup>14</sup>.

**Tabela 14.** [Opções dietéticas laxativas para pacientes em cuidados paliativos]

#### COQUETEL LAXATIVO

**Composição:** Suco de Laranja (130 ml), Mamão (50 gramas), Ameixa (15 gramas), Aveia (20 gramas)

**Prescrição:** 200 ml uma. vez ao dia.

#### INFUSÃO (CHÁ LAXATIVO)

**Composição:** Sene (*Cassia angustifolia*) ou Cáscara Sagrada (*Rhamnuspurshiana*)

**Prescrição:** 1 grama para 200 ml de água.

**Observações:** Avaliar tolerância ao volume e ao sabor, em caso de cólicas abdominais, reduzir ou suspender a sua administração. Se o efeito laxativo do chá se mostrar insatisfatório, aumentar a dose para 2 vezes ao dia.

Estimular a ingestão hídrica e avaliar tolerância ao volume.

**Fonte:** Instituto Nacional do Câncer, 2009<sup>14</sup>.

## REFERÊNCIAS

- 1.** Singh G, Lingala V, Wang H, et al. Use of health care resources and cost of care for adults with constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5:1053.
- 2.** Watson MS. *Oxford Handbook of Palliative Care*. New York: Oxford University Press; 2005.
- 3.** Freitas EV, et al. *Manual prático de geriatria*; 1ed., Rio de Janeiro:AC Farmacêutica, 2012;394-400.
- 4.** Rome Foundation. Rome III diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders. Raleigh: Rome Foundation; 2006. Disponível em: [http://romecriteria.org/assets/pdf/19\\_Romell\\_apA\\_885-898.pdf](http://romecriteria.org/assets/pdf/19_Romell_apA_885-898.pdf).
- 5.** Wald A. Etiology and evaluation of chronic constipation in adults. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate (acessado em 03 de junho de 2016).
- 6.** Dalacorte R, Rigo J, Schneider R, Schwanke C. *Cuidados Paliativos em Geriatria e Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2012; 138-143.
- 7.** Toledo MAV, Fabbri R, Lins MMP. Constipação no idoso. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Kitner D, Jaluul O, organizadores. *PROGER Progama de Atualização em Geriatria e Gerontologia: Ciclo 1*. Porto Alegre: Artmed Panamericana 2015. P. 89-116.
- 8.** López R, Nervi F, Taboada P. *Manual de Medicina Paliativa*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2005.
- 9.** Drossman DA, Sandler RS, McKee DC, Lovitz AJ. Bowel patterns among subjects not seeking health care. Use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. *Gastroenterology* 1982; 83:539.
- 10.** Ministério da Saúde. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. *Constipação Intestinal no câncer avançado*. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
- 11.** Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saúde Pública* . 2009; 25:1875-1882.

## O MITO DA MORFINA

**Gabrielle Ribeiro Sena**

A morfina é o medicamento mais usado para o controle da dor moderada a severa por ser uma medicação barata e bastante segura quando respeitados seus intervalos de ação. Contudo, médicos e pacientes ainda têm poucas informações sobre as possibilidades e vantagens do uso da morfina assim como de outros opióides, o que contribui para o sofrimento desnecessário de muitos doentes<sup>1</sup>.

Os receios ligados aos opióides, de uma forma geral, são, habitualmente, designados de opiofobia<sup>2</sup> e normalmente refletem:

- *Dificuldade para avaliação da dor do paciente;*
- *Tempo e recursos inadequado para o tratamento dos pacientes;*
- *Pouco conhecimento relativo aos conceitos de dependência física, tolerância e dependência psicológica;*
- *Dificuldade em fazer a conversão para doses equianalgésicas de outros opióides;*
- *Desconhecimento da farmacodinâmica destes fármacos<sup>3</sup>*

### MITOS MAIS FREQUENTES QUANTO AO USO DE OPIÓIDES

#### **Os opióides são fármacos de uso restrito?**

As políticas internacionais e nacionais de regulação da disponibilidade dos opióides objetivam limitar seu uso criminoso, o abuso e o vício. Entretanto, estas mesmas políticas também restringem sua prescrição<sup>8</sup>. A existência de um receituário específico para a prescrição dos opióides, em especial a morfina, condiciona uma maior dificuldade para sua prescrição<sup>9</sup>. É preciso desmistificar e conhecer os protocolos para o uso dos opióides na dor crônica, oncológica ou não, mas principalmente avaliar e reconhecer a dor como um mal a ser minimizado, e seu alívio, um direito humano a ser alcançado<sup>8</sup>. A OMS recomenda a utilização de opioides fracos para dores moderadas, e opióides fortes para dores intensas, embora não haja uma contra-indicação formal para de iniciar o controle das dores moderadas com opióides fortes. O principal objetivo consiste no alívio adequado da dor com o mínimo de efeitos colaterais e a preservação da qualidade de vida do pacientes<sup>7</sup>.

#### **O USO REGULAR DE OPIÓIDES LEVA À DEPENDÊNCIA?**

Para melhor responder tal afirmação, faz-se necessária a compreensão e a diferenciação dos conceitos de tolerância, dependência e abuso.

## **Tolerância**

Refere-se à necessidade de administrar doses cada vez maiores de um fármaco para obtenção dos mesmos efeitos.

## **Dependência**

A dependência pode ser subdividida em dependência física e psíquica.

Dependência física é entendida como a necessidade que o corpo, enquanto estrutura biológica tem do fármaco para garantir o seu equilíbrio.

Dependência psíquica é, por sua vez, compreendida como a necessidade em consumir o fármaco para obter sensação de bem-estar.

A dependência física e psíquica manifesta-se pela síndrome de abstinência.

## **Abuso**

É definido pelo uso de substâncias cujo consumo repetido provoca dependência física e psíquica.

A situação de toxicod dependência, um dos principais temores para quem administra e utiliza a morfina, trata de uma dependência psíquica em que o indivíduo procura e consome compulsivamente determinada substância, utilizando-a para outro fim que não o controle da dor. Essa é descrita em menos de 1:10.000 indivíduos em uso crônico de opióides, e, praticamente, não existem casos descritos em pacientes sem história prévia<sup>3</sup>.

O que ocorre com os opióides, assim como o, observado no uso crônico de corticosteroides, é a situação de dependência física na qual respostas fisiológicas e neuroadaptativas levam a necessidade de redução gradual da dose quando se pretende parar a medicação.

## **Se não conseguimos identificar causa para a dor, esta não existe?**

A dor é um sintoma muito desconfortável e de difícil tolerância, possuindo componentes físicos (sensorial) e psicológicos (emocional), que são indissociáveis. Trata-se, portanto, de uma experiência pessoal, individual e subjetiva<sup>7</sup>. O fato do profissional de saúde não conseguir identificar o foco da dor não exclui a sua existência, pois pode-se tratar de uma dor não física, ou uma Dor Total.

## **A morfina só deve ser prescrita na eminência da morte e seu uso em fase precoce impede tratamentos posteriores?**

A terapêutica analgésica deve ser iniciada o mais precocemente possível, reduzindo a morbidade associada a situações de dor não controlada<sup>8</sup>. Uma analgesia adequada, portanto, não implica no fim das atitudes curativas, pelo contrário, melhora a capacidade de tolerar tratamentos agressivos<sup>3</sup>. O consumo de morfina, inclusive, é reconhecido pela OMS como um índice de qualidade de vida e de avanço social.

## **O uso da Morfina pode levar a freqüentemente a Depressão Respiratória?**

A depressão respiratória é provavelmente o efeito colateral mais temido durante a utilização da morfina. Pode surgir no início da administração das primeiras doses, sobretudo nos pacientes que não usaram opióides previamente. A depressão respiratória ocorre especialmente quando altas doses são administradas sem a avaliação da intensidade da dor. Recomenda-se, portanto,

a titulação da dose e a avaliação regular da intensidade da dor e da frequência respiratória. Durante a administração para uso prolongada e regular de opióides, a depressão respiratória não costuma ser um problema, uma vez que a dor mostra-se um poderoso antagonista da ação depressora dos opióides<sup>9</sup>, motivo pelo qual esta situação raramente ocorre na dor de forte intensidade.

### Os opióides não devem ser associados a outros analgésicos?

Os opióides podem e devem ser utilizados em combinação com analgésicos não opióides para tratamentos de dores moderadas a fortes<sup>7</sup>.

## QUESTÕES BUROCRÁTICAS

Uma grande preocupação na prescrição de opióides é a atual legislação, em alguns lugares do mundo, por exemplo, não é permitido aos médicos da família realizar a prescrição de morfina, sendo essa restrita a poucos médicos especialistas<sup>4</sup>. No Brasil, os entraves ao acesso à morfina pelos doentes começam pela obtenção do receituário pelos médicos e seguem pelas dificuldades de disponibilização da medicação pelos hospitais e/ou centros de referencia no controle da dor<sup>5</sup>.

Conforme a *Portaria 344/98 da Anvisa*, a prescrição da Morfina deve ser realizada na notificação A, impressa em papel amarelo, destinada aos entorpecentes e psicotrópicos. Deve ser dispensada pela Autoridade Sanitária Estadual ou do Distrito Federal e fornecida gratuitamente aos profissionais e instituições devidamente cadastrados. A reposição do talonário ou a solicitação da numeração subsequente se fará mediante requisição em impresso padronizado, devidamente preenchido e assinado pelo profissional<sup>6</sup>.

A Notificação de Receita “A” é válida por 30 dias a contar da data de sua emissão em todo o Território Nacional, sendo necessária também uma receita médica contendo a Classificação Internacional de Doença ou diagnóstico e posologia. Poderá conter no máximo de 5 ampolas e para as demais formas farmacêuticas de apresentação poderá conter a quantidade correspondente no máximo a 30 dias de tratamento<sup>6</sup>.

**Figura 17.** Notificação de Receita A

O formulário é dividido em seções para coleta de dados:

- NOTIFICAÇÃO DE RECEITA:** Possui campos para U.F. (Unidade Federativa) e NÚMERO, com o tipo de receita marcado como "A". Abaixo, há um campo para a data (Data \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_) e uma linha para a assinatura do emitente.
- IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:** Um campo amplo para o nome e endereço do profissional emissor.
- ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA:** Campos para Nome, Qualidade e Apresentação, e Forma Farm. Concert. Unit. Posologia.
- IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:** Campos para Nome, Endereço, Identidade, Órgão Emissor e Telefone.
- IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:** Campos para Nome e Data.

Dados da Gráfica: Nome - Endereço - CGC

Fonte: [farmacia.hc.ufg.br](http://farmacia.hc.ufg.br)

Em Pernambuco, para que o médico possa ter acesso a Receita A, o mesmo deve se dirigir a I Gerencia Regional de Saúde (GERES), onde fica localizado o núcleo de Vigilância Sanitária do Estado, munido dos seguintes documentos para realização de cadastro:

- **Diploma de graduação**
- **Documento de identificação do Conselho Regional de Medicina**
- **CPF**
- **RG**
- **Comprovante de Residência**
- **Declaração do Conselho Regional de Medicina autorizando o médico a prescrever as medicações referentes à Receita A**
- **Taxa de R\$ 80,00**
- **Ficha de cadastro (própria)**

Após análise dos documentos a Vigilância Sanitária emitirá uma autorização para que o próprio médico se dirija a uma gráfica para que o talonário seja impresso de acordo com a quantidade solicitada.

Para novas impressões, o médico deverá se dirigir novamente a sede da Vigilância Sanitária e solicitar nova autorização para prosseguir com novas impressões.

### **Endereços**

*I GERES*

*Praça Oswaldo Cruz. SN- Boa Vista, Recife, PE*

*Telefone: **(81) 3181-4100***

## **REFERÊNCIAS**

1. CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 1ª. ed. São Paulo, SP, 2008.
2. Opioidphobia and Cancer Pain Management AlaaBashayreh, RN, MSN
3. Fragoso, M. Mitos da morfina- Instituto Português de Oncologia, Porto 2002
4. Ozgul, N. Opioids for Cancer Pain: Availability, Accessibility, and Regulatory Barriers in Turkey and Pallia-Turk Project Pediatr Hematol Oncol Vol 33 2011
5. Dor e burocracia - Instituto Nacional de Câncer
6. Portaria 344/98- Anvisa
7. Caderno de Atenção Domiciliar -Volume 2- Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica
8. Hennemann-Krause L. Aspectos práticos da prescrição de analgésicos na dor do câncer. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012;11(2):38-39
9. Kopf A, Patel NB. Guide it Pain Management in Low Resource Settings. International Association for the Study of Pain (IASP); 2009.

## **LESÃO POR PRESSÃO: PREVENÇÃO, IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E MANEJO ADEQUADO**

**Sarah Zayanne da Silva Ribeiro  
Tatiana Cristina Souza Araújo  
Roberta Almeida Farias**

### **Introdução**

Pacientes com doenças avançadas estejam ou não em cuidados paliativos, costumam apresentar lesão por pressão, seja por falência do sistema tegumentar, seja por processos de agressão decorrentes da fragilidade em que as pessoas se encontram. Lesão por pressão, durante muito tempo conhecida como úlcera por pressão, pode ser definida como um dano localizado a pele e/ou tecido celular subcutâneo sobre a proeminência óssea ou relacionada a um dispositivo médico<sup>1</sup>.

Estudos mostram que as lesões por pressão representam o principal motivo de angústia e preocupação das famílias e são geradoras de sofrimento. Acometem cerca de 10,5 a 26% dos pacientes em cuidados paliativos e portanto, merecem uma atenção especial, já que a abordagem adequada pode significar diminuição da dor e angústia do paciente, bem como um aumento da confiança dos cuidadores.

### **Anatomia e fisiologia da pele**

O sistema tegumentar é formado pela pele, tela subcutânea e anexos subcutâneos. A pele é o maior órgão do corpo humano, recobrendo toda a sua superfície, sendo dividida em duas camadas distintas, a epiderme e a derme, firmemente unidas entre si. Abaixo e em continuidade com a derme está a hipoderme que, embora apresente a mesma origem e morfologia da derme, não faz parte da pele, a qual é formada apenas por duas camadas<sup>2</sup>.

A epiderme é a camada mais externa, composta por três diferentes linhagens celulares: os queratinócitos, os melanócitos e as células de Langerhans. É dividida em cinco camadas: germinativa, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea, e na proporção que as mais superficiais são eliminadas as mais internas são reparadas por divisão celular. A germinativa é a mais profunda e faz limite com a derme e a camada córnea é a mais superficial. A camada córnea, formada por células escamosas com presença de queratina, oferece proteção contra traumas físicos e químicos. As diversas camadas de queratinócitos intensamente unidos uns aos outros, provêm barreira contra a invasão de microorganismos e água. O pigmento melanina na epiderme, protege os tecidos subjacentes dos efeitos nocivos da luz ultravioleta<sup>3</sup>.

A derme é uma espessa camada de tecido conjuntivo que se localiza da epiderme até o tecido subcutâneo. Nesta camada encontram-se os anexos da pele, circulam vasos sanguíneos que nutrem as células superficiais da pele, vasos linfáticos e nervos. A derme contém muitos tipos diferentes de células, incluindo fibroblastos e fibrócitos, macrófagos, mastócitos e leucócitos sanguíneos, particularmente neutrófilos, eosinófilos, linfócitos e monócitos<sup>3</sup>.

A hipoderme é a camada abaixo da derme, formada por tecido adiposo subcutâneo. Constitui a grande reserva energética e lipídica do organismo, tendo também um importante papel na termoregulação<sup>3</sup>.

#### Lesões por pressão

As lesões por pressão representam um problema de saúde pública, sendo esta um indicador de qualidade (negativa) da assistência<sup>4</sup>. São lesões localizadas na pele ou tecidos subjacentes que geralmente ocorrem sobre uma proeminência óssea, como resultado de longo tempo de pressão ou da combinação de forças mecânicas como fricção e cisalhamento<sup>5</sup>. A longa duração e a intensidade da pressão em que a circulação sanguínea é comprimida, resulta em hipóxia levando a uma isquemia e necrose tecidual<sup>4</sup>.

A incidência de lesão por pressão é classificada como um indicativo na qualidade da prestação dos cuidados. Essas lesões implicam em altos custos financeiros para os serviços de saúde, aumento da internação e de carga de trabalho para a enfermagem, além de causarem impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida das pessoas comprometidas<sup>6</sup>.

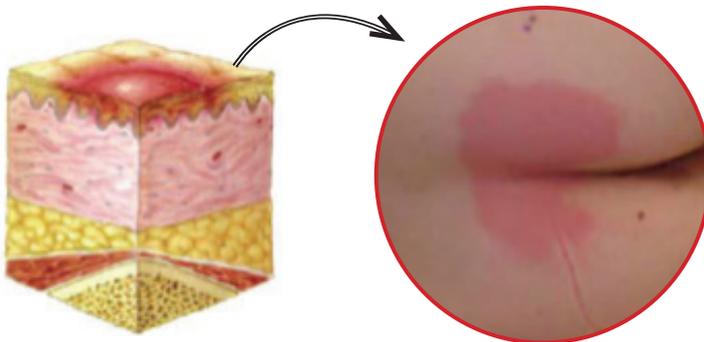
#### **Sistema Internacional de Classificação das Lesões por Pressão NPUAP/EPUAP**

Uma lesão por pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. As lesões por pressão também estão associado a vários fatores contribuintes ou de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido<sup>7</sup>.

#### **Categoria/Grau I: Eritema não esbranquiçado em pele intacta**

Pele intacta com rubor não esbranquiçado numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele da área circundante. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. A Categoria/Grau I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco” (sinal precoce de risco)<sup>7</sup>.

**Figura 18.** [Lesão por pressão Grau I]

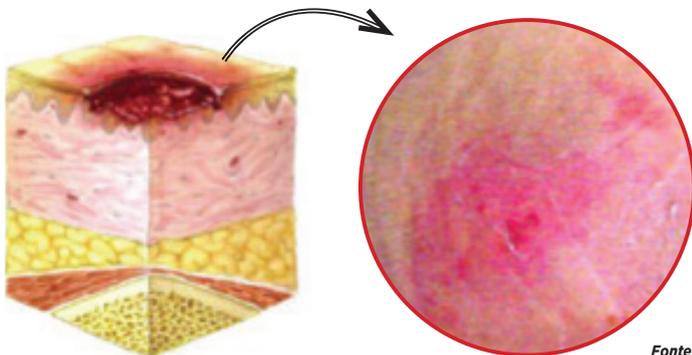


### **Categoria/Grau II: Perda Parcial da Espessura da Pele com exposição da derme**

Perda parcial da espessura da pele com exposição da derme. A ferida pode apresentar-se em boas condições, cor de rosa ou vermelha, úmida e também pode apresentar como uma bolha líquida intacta ou róta. Tanto o tecido adiposo como tecido profundos não estão visíveis7.

\*A equimose é um indicador de uma suspeita de lesão nos tecidos profundos.

**Figura 19.** [Lesão por pressão Grau II]

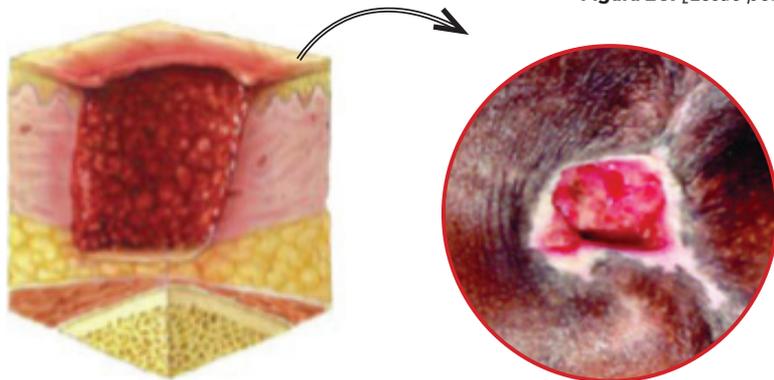


Fonte: ©NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014

### **Categoria/Grau III: Perda Total da Espessura da Pele**

Perda total da espessura dos tecidos. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas os ossos, tendões ou músculos não estão expostos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado, mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Podem ser cavitadas e fistulizadas. A profundidade de uma lesão por pressão de Categoria/Grau III varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não têm tecido subcutâneo e as úlceras de Categoria/Grau III podem ser superficiais. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se lesão por pressão de Categoria/Grau III extremamente profundas. Tanto o osso como o tendão não são visíveis nem diretamente palpáveis7.

**Figura 20.** [Lesão por pressão Grau III]



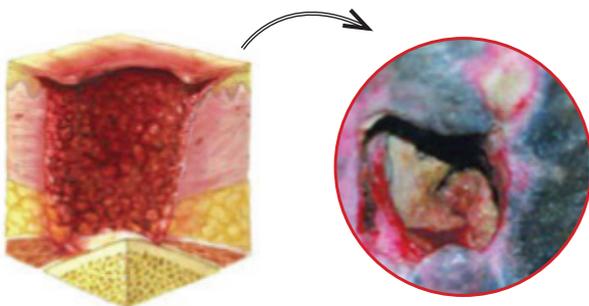
Fonte: ©NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014

## **Categoria/Grau IV:**

### **Perda total da espessura da pele e perda tecidual**

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou dos músculos. Em algumas partes do leito da ferida, pode aparecer tecido desvitalizado (úmido) ou necrose (seca). Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A profundidade de uma lesão por pressão de Categoria/Grau IV varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não têm tecido subcutâneo e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de Categoria/Grau IV pode atingir o músculo e/ou as estruturas de suporte (ou seja, fâscia, tendão ou cápsula articular), tornando possível a osteomielite. Tanto o osso como os tendões expostos são visíveis ou diretamente palpáveis<sup>7</sup>.

**Figura 21.** [Lesão por pressão Grau IV]



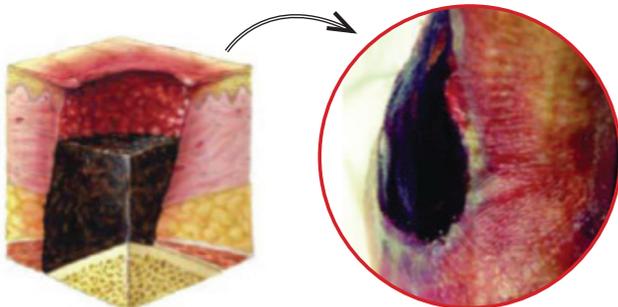
Fonte: ©NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014

## **Não graduáveis/Inclassificáveis:**

### **Perda de tecido e espessura da pele indeterminada**

Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da lesão está coberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzentos, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida. Até que seja removido tecido desvitalizado e/ou necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade e, por conseguinte, a verdadeira Categoria/Grau, não pode ser determinada. Um tecido necrótico (seco, aderente, intacto e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como “penso (biológico) natural” e não deve ser removido<sup>7</sup>.

**Figura 22.** [Lesão por pressão Não graduável]

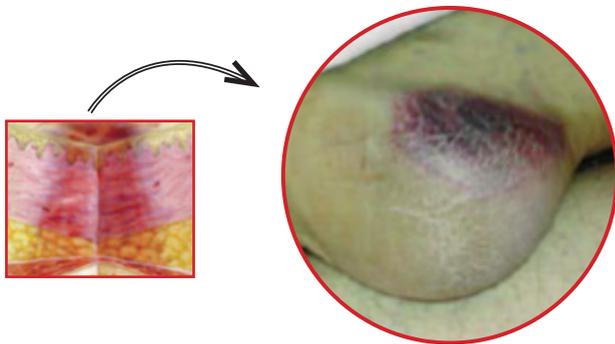


Fonte: ©NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014

### **Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Persistente lesão profunda vermelha não esbranquiçada, descoloração marrom ou arroxeadada**

Pele intacta ou não com persistente área profunda vermelha não esbranquiçada, descoloração marrom ou arroxeadada, ou ainda separação da epiderme revelando uma ferida escura ou uma bolha cheia de sangue. Descoloração pode aparecer de forma diferente na pele escura pigmentada. A área pode estar rodeada por tecido doloroso, firme, mole, úmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente. A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. A evolução pode incluir uma flitena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura. A ferida pode evoluir ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico. A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais, mesmo que estas recebam o tratamento adequado<sup>7</sup>.

**Figura 23.** [Lesão por pressão com suspeita de lesão nos tecidos profundos]



Fonte: ©NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014

### **Avaliação da pele**

A avaliação da pele e dos tecidos é importante para prevenir, classificar, diagnosticar e tratar as lesões por pressão. Deve ser contínua e criteriosa em pacientes acamados e aqueles com doenças avançadas, a fim de detectar precocemente os danos causados por pressão, especialmente sobre proeminências ósseas. Uma avaliação completa do indivíduo e da respectiva lesão por pressão contribui para o desenvolvimento de um plano de tratamento mais adequado e a supervisão permanente da cicatrização da ferida<sup>7</sup>.

Deve ser avaliado: a temperatura da pele e presença de edema e alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante. Como frequentemente não é possível identificar o eritema na pele de pigmentação escura, fatores como calor local, edema e alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante (por exemplo, induração/rigidez) são indicadores importantes dos danos precoces causados por pressão na pele em indivíduos com tons de pele mais escuros<sup>7</sup>.

A dor deve fazer parte desta anamnese, sendo localizada como parte integrante de cada avaliação da pele. Se o indivíduo for capaz de responder com fiabilidade, pedir-lhe que identifique eventuais áreas de desconforto ou de dor que possam ser atribuídas a danos por pressão. Uma vez identificado a lesão

por pressão, deve-se realizar avaliações da pele mais frequentes (mais de duas vezes por dia) no dispositivo de interface com a pele em indivíduos vulneráveis a alterações de fluidos e/ou indivíduos com sinais de edema localizado/generalizado<sup>7</sup>.

## **Prevenção**

Uma série de medidas devem ser adotadas nos casos de vulnerabilidade à Lesão por pressão, e, portanto, a maioria dos casos pode ser evitado por meio da implantação de estratégias de prevenção confiáveis. São elas<sup>7</sup>:

Manter a pele limpa e seca;

Evitar, sempre que possível, posicionar o indivíduo numa superfície corporal que esteja ruborizada;

Não massagear nem esfregar vigorosamente a pele que esteja em risco das lesões por pressão, especialmente na pele mais frágil dos idosos;

Limpar a pele imediatamente após os episódios de incontinência;

Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de danos de pressão;

Utilizar de emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele.

## **Tratamento**

A maioria dos protocolos de manejo de feridas está centrado na obtenção da cicatrização. Contudo, no contexto de cuidados paliativos, almejar a cicatrização é uma meta inalcançável<sup>7</sup>.

O manejo da pele e lesões no doente terminal deve ser avaliado individualmente respeitando a autonomia do paciente, avaliando-se custos, riscos e benefícios. Deve-se priorizar a prevenção, porém uma vez que a lesão esteja presente, os cuidados convergirão para um tratamento ativo específico. A utilização de recursos considerados fúteis para o tratamento de lesões de pele em pacientes terminais é responsável por aumentar o desconforto e ter um efeito devastador sobre a qualidade no processo de morte e morrer<sup>7</sup>.

Assim sendo, os principais objetivos no manejo da pele em pacientes em cuidados paliativos no ambiente domiciliar se baseiam em três princípios básicos: proteção da integridade da pele, priorização do conforto e suporte ao cuidador<sup>7</sup>.

## **1. LIMPEZA**

A limpeza é o primeiro passo importante na preparação do leito da ferida da úlcera por pressão com vista à cicatrização, removendo resíduos na superfície bem como resíduos de pensos e permitindo uma maior visualização da ferida para avaliação<sup>7</sup>.

### **Etapas da limpeza da ferida:**

- Limpar a úlcera por pressão sempre que os pensos forem substituídos, com solução salina (soro fisiológico a 0,9% de NaCl);
- Utilizar sempre técnica asséptica quando o indivíduo, a ferida ou o ambiente de cicatrização da ferida estiverem comprometidos;

- Limpar com cuidado as úlceras por pressão com tratos sinusais/tunelizações/cavitações, removendo o máximo do exsudato sem danificar os tecidos nem introduzir bactérias na ferida;
- Colocar a cobertura específica para cada tipo de tecido da lesão por pressão;
- Fechar a lesão com gases e esparadrapo nas bordas para fixar na pele íntegra;
- Sempre que possível descartar a solução de irrigação utilizada para reduzir a contaminação cruzada;
- Limpar a pele circundante;
- Quando uma ferida demorar a cicatrizar (ou seja, quatro semanas ou mais) e não responder aos cuidados normais de limpeza com a ferida nem à terapia antimicrobiana significa que a presença de microorganismos aderidos no leito da lesão é elevada<sup>7</sup>.

## 2. DESBRIDAMENTO

Desbridar o tecido desvitalizado do interior do leito da ferida ou da borda da úlcera por pressão quando houver indicação de acordo com o estado de saúde do indivíduo e os objetivos gerais dos cuidados<sup>7</sup>.

Quando o tecido está desvitalizado significa que este tecido está necrótico ou inviável. Portanto, os profissionais de saúde devem selecionar os métodos de desbridamentos mais adequados para o indivíduo levando em consideração o leito da ferida e o contexto clínico do paciente. Os métodos mais utilizados são: cirúrgico/cortante, cortante conservador, autolítico, enzimático, larval e mecânico (incluindo ultrassom e hidrocirurgia)<sup>7</sup>.

É importante ressaltar que a utilização de métodos de desbridamentos mecânicos, autolíticos, enzimáticos e/ou biológicos são indicados quando não existe uma necessidade clínica urgente de drenagem ou remoção de tecido desvitalizado<sup>7</sup>.

O desbridamento cirúrgico/cortante está indicado em casos de necrose extensa, celulite avançada, crepitação, flutuação e/ou sépsis resultante de uma infecção relacionada com a úlcera<sup>7</sup>.

O desbridamento cortante conservador e o desbridamento cirúrgico/cortante devem ser realizados por profissionais de saúde especificamente formados, competentes, qualificados e licenciados segundo os estatutos legais e os regulamentares locais. Estes tipos de desbridamentos devem ser realizados com instrumentos esterilizados. Serão contraindicados os pacientes que estiverem em uso de terapia anticoagulante e que apresentem problemas de hemorragias<sup>7</sup>.

A dor durante o desbridamento deve ser avaliada e controlada, visando o conforto do paciente, sendo indicada analgesia antes do procedimento<sup>7</sup>.

Não desbridar as necroses estáveis, duras e secas presentes nos membros isquêmico<sup>7</sup>.

A úlcera coberta com necroses secas e estáveis deve ser avaliada sempre que o penso for substituído e de acordo como a indicação clínica para detectar os primeiros sinais de infecção. As indicações clínicas de que os tecidos necróticos secos e estáveis exigem ser avaliados e intervencionados incluem sinais de eritema, sensibilidade ao tato, edemas, drenagem purulenta, flutuações, crepitações e/ou mau odor (ou seja, sinais de infecção) na área em redor da úlcera<sup>7</sup>.

### 3. TRATAMENTO DA DOR

O tratamento da dor inclui a prestação de cuidados após a administração de medicamentos para minimizar a dor e interrupções para confortar o indivíduo, como um descanso durante qualquer procedimento que lhes cause dor. Portanto, os profissionais de saúde podem utilizar algumas técnicas para reduzir a dor relacionada à lesão por pressão, mantendo o leito da ferida coberto e úmido com um penso não aderente que possam ser substituídos com menor frequência e provoquem menos dor<sup>7</sup>.

Visando reduzir a dor associada aos procedimentos podem ser utilizadas medidas adequadas de controle da dor, incluindo administração de analgésicos antes de iniciar os procedimentos de tratamento da ferida, bem como, a utilização de opióides tópicos para reduzir ou eliminar a dor das lesões por pressão<sup>7</sup>.

#### **CUIDADOS COM A PELE ENVELHECIDA E VULNERÁVEL<sup>7</sup>**

- Proteger a pele envelhecida de lesões cutâneas associadas à pressão e ao cisalhamento;
- Utilizar um produto de proteção da pele envelhecida contra a exposição à umidade excessiva, a fim de reduzir o risco de danos associados à pressão;
- Escolher pensos atraumáticos para prevenir e tratar lesões por pressão, a fim de prevenir lesões na pele envelhecida e vulnerável;
- Oferecer suplementos nutricionais proteicos quando o objetivo for a cicatrização da úlcera.
- Quando a fixação adesiva de um penso na pele for mais forte do que a fixação celular da própria pele existe sempre o risco de a tentativa de remoção do penso separar as camadas da epiderme ou separar a epiderme da derme;
- Desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento da incontinência;
- Reposicionar regularmente o idoso incapaz de se reposicionar a si mesmo;
- Ter em conta a condição clínica do indivíduo e a superfície de apoio de redistribuição da pressão em uso no momento de decidir se o reposicionamento deve ser implementado como estratégia de prevenção;
- Ter especial atenção na posição e na técnica de movimentação manual selecionadas para reposicionar idosos;
- Reposicionar frequentemente a cabeça dos idosos que estejam sedados, ventilados ou imobilizados;
- Garantir que as lesões por pressão estão corretamente diferenciadas das outras lesões cutâneas, particularmente da dermatite associada à incontinência ou de fissuras na pele;
- Envolver a família ou o responsável legal na definição dos objetivos do cuidado;
- Educar o indivíduo e as respectivas pessoas significativas sobre as alterações observadas ao nível da pele no processo de envelhecimento e na fase final da vida;
- Os objetivos do cuidado devem ser estabelecidos em colaboração com o indivíduo e as respectivas pessoas significativas e devem refletir os valores e a qualidade de vida do idoso, especialmente em questões relacionadas com a fase final da vida.

- Redistribuir a pressão: reposicionando e virando o indivíduo de acordo com intervalos periódicos, mediante a sua vontade, conforto e tolerância;
- Pré-medicação o indivíduo a cada 20 ou 30 minutos antes da mudança agendada de posição, no caso de indivíduos com dor significativa durante o movimento;
- Levar em consideração as preferências do indivíduo no momento de virá-lo, inclusive se o paciente tem uma posição de conforto, sempre explicando as razões do reposicionamento;
- No caso de indivíduos em cuidados paliativos, tentar reposicioná-los pelo menos de 4 em 4 horas num colchão que redistribua a pressão, como, por exemplo, um colchão de espuma viscoelástica, ou de 2 em 2 horas num colchão normal;
- Documentar sempre o processo de virar ou reposicionar o indivíduo, bem como os fatores que influenciarem essas decisões;
- Tentar manter uma nutrição adequada e uma hidratação compatível com o estado de saúde e os desejos do indivíduo. Um apoio nutricional adequado não é, muitas vezes, possível quando o indivíduo é incapaz ou recusa comer devido a determinados estados da doença;
- Vigiar a úlcera por pressão para continuar a cumprir os objetivos de conforto e de redução da dor na ferida, tratando os sintomas da ferida que afetam a qualidade de vida, tais como o mau odor e o exsudado;
- Controlar o odor da ferida, através da limpeza regular da ferida, da avaliação e tratamento da infecção e do desbridamento de tecido desvitalizado, tendo em conta os desejos do indivíduo;
- Considerar a utilização do metronidazol tópico para controlar eficazmente o odor da lesão por pressão associado a infecções causadas por bactérias anaeróbias e protozoários.
- Não desvalorizar a dor em indivíduos em cuidados paliativos;
- Selecionar um penso que não necessite de ser substituído com frequência e que proporcione menos probabilidades de causar dor.

## **PAPEL DO CUIDADOR NO CUIDADO COM A PELE<sup>7</sup>**

Trabalhar em conjunto com a equipe de cuidados de saúde para estabelecer planos de reposicionamento onde constem a frequência e a duração da alternância dos posicionamentos através de métodos de alívio de pressão consistentes com a capacidade do indivíduo.

- Utilizar “elevações para o alívio da pressão” ou outras manobras adequadas de alívio ou de redistribuição da pressão;
- Utilizar as várias posições de regulação (lateralização, inclinação e elevação) nas cadeiras de rodas manuais e elétricas para libertar carga da superfície do assento;
- Estar atento ao correto posicionamento do corpo, nas diferentes posições e decúbitos;
- Mudar a posição de 2 em 2 horas e colocar sobre superfície de suportes específicos que redistribuam a pressão<sup>15</sup>;
- Não arrastar a pessoa sem levar em conta a tensão do movimento, a fricção e o cisalhamento;

- Observar as alterações do ambiente entre a pele e o colchão, em especial a umidade e a temperatura;
- Evitar exposição à umidade, fricção ou deslizamento;
- Usar roupas de cama sem rugas e preferencialmente de algodão;
- Não arrastar o idoso para baixo ou para cima sem as medidas protetivas;
- Evitar elevar a cabeceira mais de 30°;
- Realizar com técnica asséptica o curativo da lesão por pressão, conforme descrito anteriormente neste manual.

**Figura 24.** Relógio de Reposicionamento para o paciente acamado



**Fonte:** Guia para Cuidadores de Idosos. Prevenção de Úlcera por Pressão em ILPIs. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

## REFERÊNCIAS

1. Mucous Membrane Task Force of the NPUAP. undated. Mucosal Pressure Ulcers: An NPUAP Position Statement. Disponível em: [http://www.npuap.org/wpcontent/uploads/2012/03/Mucosal\\_Pressure\\_Ulcer\\_Position\\_Statement\\_final.pdf](http://www.npuap.org/wpcontent/uploads/2012/03/Mucosal_Pressure_Ulcer_Position_Statement_final.pdf). [Acesso em junho, 2016].
2. Junqueira LC, Carneiro, J; Histologia Básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
3. Arnold Jr HL, Odom RB, James WD. A pele: estrutura básica e função. Doenças básicas da pele de Andrews: Dermatologia clínica; 1994. p.1-14.
4. Costa IG. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2010 dez; 31(4): 693-700.
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. <http://www.epuap.org/guidelines/>
6. Bueno VJM, Valorización Del riesgo da aparición de úlceras de presión em La unidad de cuidados intensivos. Rev Eletrônica de Cuidados Intensivos, jun, 2005.
7. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

## DESCOBRINDO A HIPODERMÓCLISE

**Bruna Pessoa de Melo Pereira**  
**Rafaela Maria Cabral Silva**  
**Sarah Zayanne da Silva Ribeiro**  
**Tatiana Cristina Souza Araújo**

A hipodermóclise ou terapia subcutânea, como é costumeiramente chamada, é a infusão de líquidos isotônicos ou medicamentos na via subcutânea<sup>1</sup>, sendo o fluído transferido para circulação sanguínea por ação combinada entre a difusão e perfusão tecidual<sup>2</sup>. É um procedimento de menor complexidade, quando comparado a administração por via intravenosa e com farmacocinética semelhante à dos medicamentos administrados pela via intramuscular, todavia, com duração de ação mais prolongado e melhor tolerabilidade, principalmente quando o medicamento é hidrossolúvel e apresenta pH próximo da neutralidade<sup>3</sup>.

Pode ser realizado tanto a nível hospitalar e ambulatorial, quanto no atendimento domiciliar pelo cuidador devidamente orientado<sup>4</sup>. Está indicado quando o paciente encontra-se impossibilitado de ingestão por via oral, por problemas como disfagia (dificuldade de deglutir), náuseas, dispneia (dificuldade de respirar) ou obstrução intestinal, ou ainda pela impossibilidade de permanência do acesso venoso periférico ou pelo risco de infecção que um cateter venoso central pode acarretar. Permite a correção do desequilíbrio eletrolítico e desidratação de leve a moderada, como também abrange a administração de fármacos como opióides, antieméticos, antibióticos e sedativos<sup>2,3</sup>.

Apresenta como vantagens: segurança, fácil manipulação pelo paciente e seus cuidadores,<sup>1</sup> baixo custo, maior conforto, menor necessidade de hospitalização, favorecimento da funcionalidade do paciente, baixa sobrecarga de volume (e portanto menor chance de edema pulmonar), inserção simples, facilidade em obter novos sítios de punção, baixo índice de infecção e raros efeitos adversos. Além disso, devemos salientar a ausência de risco de flebite e formação de coágulos, podendo ser instalada pela equipe de enfermagem em qualquer nível da linha de cuidado, desde o hospital de alta complexidade até a atenção primária, com a possibilidade de ser interrompida e reiniciada apenas pela abertura e fechamento do sistema de infusão<sup>4</sup>.

Como desvantagens podemos citar: impossibilidade de infusão rápida e de grandes volumes. Usualmente a velocidade de infusão é de 1ml/minuto (por sítio), com administração máxima em 24 horas de 1.500 ml no sítio de infusão. Pode-se fazer até dois sítios por vez, totalizando 3.000 ml/dia. Não é recomendada a administração de suplementos nutricionais e soluções hipertônicas. Uma limitação que deve ser considerada é a impossibilidade de ajuste rápido de medicamentos, uma vez que a absorção pelo tecido subcutâneo é mais lenta do que pela via intravenosa, para a maioria dos medicamentos.

Esta é contraindicada nas seguintes situações: pacientes com trombocitopenia ou problemas de coagulação<sup>4,5,1</sup>, anasarca, infecções de pele, doenças alérgicas, lesões próximas ao local de punção, insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio. Também não se beneficiarão desta terapia, pacientes em situação de

emergência, sinais eminentes ou manifestos de choque hipovolêmico, hipotensão, desidratação grave e distúrbios severos de eletrólitos, pois, estes, necessitarão de uma via de infusão rápida<sup>4,2</sup>.

Segundo uma revisão de literatura sobre hipodermólise realizada entre 1996 e 2006, identificou-se que efeitos adversos são raros e evitáveis, sendo os mais frequentes o edema local, eritema ao redor do sítio de inserção do cateter e o extravasamento do prescrito. Vale salientar que as maiores das reações adversas encontradas ocorreram em decorrência do uso inadequado, como, sítio incorreto de inserção, medicamento inapropriado para a via, diluição inadequada e falta de rodízio do local de punção. A dor no local da inserção, por exemplo, foi considerada como um possível indicador de posição incorreta do cateter<sup>6,2,3</sup>.

### Medicamentos e Soluções de hidratação recomendadas

Podem ser administrado por via subcutânea: Soro fisiológico a 0,9%, soro glicosado até 5%, cloreto de potássio e de sódio após diluição com soro fisiológico ou soro glicosado, clonidina, clorpromazina, dexametasona, fenobarbital, fentanil, furosemida, haloperidol, hioscina, hidrocortisona, ketamina, metadona, metilprednisona, metoclopramida, midazolam, morfina, naxolona, octreotide, ondansetrona, oxicodona, prometazina, ranitidina, tramadol, entre outros.

### Medicamentos não recomendadas

Alguns medicamento e soluções que não são compatíveis quando administrados em um mesmo sítio, ou que não podem ser administrados na via subcutânea: *DIAZEPAN*, *FENITOÍNA*, *ELETRÓLITOS NÃO DILUÍDOS*, soluções com teor de glicose superior a 5%, soluções com teor de potássio superior a 20 mmol/l, soluções coloidais, sangue e derivados e nutrição parenteral total (NPT) (Figura 25)<sup>7</sup>.

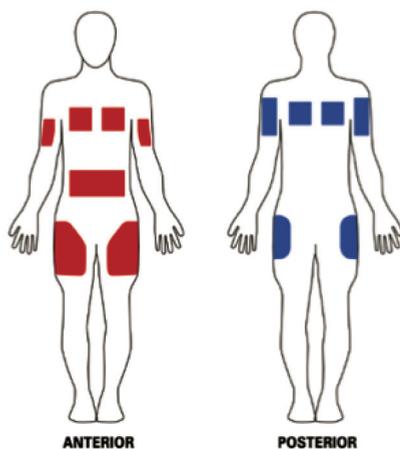
**Figura 25.** Compatibilidade de medicamentos para administração por via subcutânea<sup>1</sup>

	CLORPROMAZINA	DEXAMETASONA	FENOBARBITAL	FUROSEMIDA	HALOPERIDOL	HIOSCINA	INSULINA	KETAMINA	METADONA	METOCLOPRAMIDA	MIDAZOLAM	MORFINA	OCTREOTIDE	ONDANSETRONA	RANITIDINA	TRAMADOL
COMPATIVEL																
INCOMPATIVEL																
NÃO TESTADO																
CLORPROMAZINA																
DEXAMETASONA																
FENOBARBITAL																
FUROSEMIDA																
HALOPERIDOL																
HIOSCINA																
INSULINA																
KETAMINA																
METADONA																
METOCLOPRAMIDA																
MIDAZOLAM																
MORFINA																
OCTREOTIDE																
ONDANSETRONA																
RANITIDINA																
TRAMADOL																

## Execução da técnica

Trata-se de uma técnica simples, de fácil execução. O dispositivo mais utilizado é o escalpe, butterfly, nos calibres 25 e 27. Os sítios de punção mais adequados para a terapia, são: região deltoide, região anterior do tórax e nas faces anterior e lateral das coxas, mas podemos também utilizar o espaço intercostal, a área abaixo da região escapular e a região do abdome (Figura 26)<sup>4,3</sup>. Apesar de se considerar de livre escolha, a mobilidade do doente é fator determinante para a escolha do local de punção<sup>8</sup>. Para comportar a terapia de infusão prescrita, pode ser necessária a escolha de até dois sítio de administração. Caso não haja mais sinais flogísticos o tempo de troca do sítio da inserção do cateter pode chegar até 72 horas<sup>4</sup>. O quadro 2 e figura 27 você pode observar toda a sequência para a realização deste procedimento com segurança e eficiência e no quadro 3 são descritos todos os cuidados durante a permanência do dispositivo.

**Figura 26.** Localização topográfica das regiões do corpo para punção da via subcutânea<sup>3</sup>



### **Quadro 2.** Execução da técnica da hipodermóclise<sup>9</sup>

#### **MATERIAL UTILIZADO**

SOLUÇÃO PREPARADA PARA SER INSTALADA(SF 0,9%, MEDICAÇÃO);  
EQUIPO DE MACROGOTAS;  
ÁLCOOL A 70%;  
LUVAS DE PROCEDIMENTO;  
DISPOSITIVO CUTÂNEO (19,23,25 E 27);  
ESPARADRAPO PARA FIXAR A DATA (SE POSSÍVEL, USAR ESPARADRAPO OU FILME TRANSPARENTE);

#### **INSTALAÇÃO DA HIPODERMÓCLISE**

EXPLICAR O PROCEDIMENTO AO PACIENTE;  
LAVAR AS MÃOS;  
ESCOLHER O LOCAL DA INFUSÃO (FIGURA 2);  
FAZER ANTISSEPSIA E A DOBRA DA PELE;  
INTRODUZIR O DISPOSITIVO SUBCUTÂNEO NUM ÂNGULO DE 45°;  
FIXAR O DISPOSITIVO SUBCUTÂNEO;  
ASSEGURAR-SE DE QUE NENHUM VASO TENHA ATINGIDO;

## INSTALAÇÃO DA HIPODERMÓCLISE

APLICAR O MEDICAMENTO OU CONECTAR O DISPOSITIVO SUBCUTÂNEO AO EQUIPO DE SOLUÇÃO;

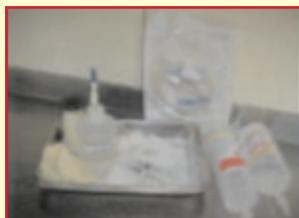
APÓS A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO, INJETAR 1 ml DE SORO FISIOLÓGICO A 0,9% PARA GARANTIR QUE TODO O CONTEÚDO DO DISPOSITIVO FOI INTRODUIDO NO SÍTIO DE PUNÇÃO

DATA E IDENTIFICAR A PUNÇÃO;

Fonte: Souza RM e D' Aquino MO, 2012

**Figura 27.** Passo a passo da técnica para inserção do dispositivo para hipodermóclise<sup>1</sup>

### PASSO A PASSO



MATERIAL UTILIZADO



ASSEPSIA NO LOCAL DA PUNÇÃO



REALIZAÇÃO DA PREGA SUBCUTÂNEA



ANGULAÇÃO E INTRODUÇÃO DO SCALP NA PELE



PUNÇÃO SUBCUTÂNEA



FIXAÇÃO DA PUNÇÃO COM FILME TRANSPARENTE



VISUALIZAÇÃO DA PUNÇÃO SUBCUTÂNEA

**Quadro 3.** Cuidados durante a permanência do acesso<sup>19</sup>

**Monitorar o local da punção quanto a:**

- Sinais de irritação local nas primeiras 4 horas;
- Sinais de inflamação: edema, rubor, calor e dor;
- Enrijecimento local;
- Hematoma;
- Necrose do tecido (complicação tardia);
- Se for observado edema local, recomenda-se diminuir o gotejamento ou suspender a infusão;

**Monitorar o paciente quanto a:**

- Sinais de infecção: febre, calafrio e dor.
- Cefaleia;
- Ansiedade;
- Sinais de sobrecarga cardíaca (taquicardia, turgência jugular, hipertensão arterial, tosse e dispneia);
- Rodizio do sítio a cada 72 horas, respeitando uma distância de 5 cm;
- Proteger com plástico o acesso durante o banho, afim de manter a área seca;
- Lavar as mãos antes de manusear o cateter;
- Nos casos de sinais flogísticos usar calor(bolsa térmica para amenizar os sintomas)

ANEXO I. Medicamentos mais utilizados na via subcutânea e principais reações adversas

Droga	Indicação	Doses	Dilúente	Observações	Principais reações adversas
Ampicilina <sup>19,20</sup>	Infecções	500mg/dia	*	*	
Atroquina <sup>19,21</sup>	**	1,2mg 1 vez ao dia	*	*	
Biotilexopolemias <sup>19,22</sup>	1. Antiespástico 2. Antisecretores 3. Dispnéia 4. Espasmos 5. Obstrução intestinal 6. Espasmo vesical	1. 60mg/dia 2. 0,6-1,00mg/24 h 3. 0,4-0,6mg bolus 4. 2mg/24h 4. 0,25mg-20mg 6h	SF ou	Dose máxima 100mg/24h	Emparelhamento no local da aplicação.
Cefepima <sup>19,23</sup>	Infecções	1g/dia	50 ml. de soro gliconado a 5%	*	Inflamação leve com eritema durante infusão e dor que desaparece rapidamente. Edema leve.
Cefotaxima <sup>19,24</sup>	Infecção	500mg/dia	SF	*	
Ceftazidima <sup>19,25</sup>	Infecções	500mg/dia	SF	*	
Ceftriaxona <sup>19,26</sup>	Infecções	1g/dia	SF	*	
Cetoclozaco <sup>19,27,28</sup>	Dor linéica	30-90mg/dia	SF	** exclusiva	Pode ser nefrotóxico. Causar irritação local. A administração por infusão contínua não deve exceder 3 semanas por risco de sangramento no sítio de punção.
Ciclizina <sup>19,29,30</sup>	Náusea e vômito	25-50mg 3-8 horas (máximo de 150mg/dia)	Inf. Contínua**AD	Incompatível com SF; Diluir o máximo possível.	Pode causar irritação local.
Clozapepam <sup>19</sup>	Agitação e ansiedade	1-2mg/dia	SF ou AD	E armnte, diluir o máximo tolerado	
Dexametasona <sup>19,31,32</sup>	1. Hipertensão intracraniana 2. Redução de edemas periorbital 3. Dispnéia 4. Náusea e vômito 5. Estimulante do apetite 6. Compressão medular	1. 5-20mg/dia 2. 4-8mg/dia (infusão contínua) 3. 1-2mg/dia 4. 8-20mg/dia 5. 2-6mg/dia 6. 16-32mg/dia	(infusão) SF ou AD	** exclusiva	Pode ser irritante.
Diclofenaco <sup>19,33,34</sup>	Dor	75-150mg/dia	SF	É armnte, diluir o máximo tolerado	Irritante, considerar os riscos para o trato gastrointestinal (úlceras, sangramento), função renal (insuficiência renal aguda) e uso em pacientes idosos.

Dipirona <sup>(1,2)</sup> Famotidina <sup>(1,2)</sup> Fenoterol <sup>(1,2,3,4)</sup>	Dor Protetor Gástrico Corticóide	Até 1g a cada 6 horas 200mg dia 200mg 6h ou bolus nasal de 65-130mg segundos de infusão contínua 130mg -260 mg dia Usual: 100-1000 mcg dia Resgate: 10mcg a cada 1 hora 1ml, h=5mg/h (solução de 500mg em 100ml de diluente)	SF * AD	Via esclerita * Via esclerita, mesmo competitivo com morfina	
Fentani <sup>(1,2,3,4)</sup>	Dor	Resgate: 10mcg a cada 1 hora 1ml, h=5mg/h (solução de 500mg em 100ml de diluente)	SF	+	
Furosemida <sup>(1,2,3,4)</sup>	Dor após a congestão pulmonar	Bolus: dose de 20 mg em 2 ml. Contina: 1 a 10 ml, h	SF	*	Queimadura e irritação, que aparecem em menor proporção nos pacientes que recebem infusão contínua.
Gransivetona <sup>(1,2)</sup> Haloperidol <sup>(1,2,3,4)</sup>	Náusea e vômito Náusea e vômito sedação, agitação	3-9mg dia > 10 minutos 2,5-10mg dia 30mg dia para agitação	50ml SF AD	*	Concentração máxima 2mg/ml. SF pode precipitar. Dose máxima 15 mg/dia
Halofencisto Escopolamina <sup>(1,2,3,4)</sup>	1. Entorpecimento pré morte, secreções e sedação 2. Anestésico 3. Cólicas intestinais 4. Salivares	1.0,25-1 mg 4-8h 2. 300-600 µg/l 3.0,8-1,2mg dia 4.0,2-0,8mg dia	SF ou AD		Atravessa a barreira hematoencefálica na dose 0,25-1mg 4-8h. Pode causar boca seca, confusão. Pode causar mais sedação que o butilfenolato de hioscina, pois cruza a barreira hematoencefálica.
Halometazona <sup>(1,2,3,4)</sup>	Dor	1mg de 6-6 horas, usar até controle da dor 25 mg 24h	SF ou AD	*	Em doses elevadas pode causar reações adversas típicas de Opíodes.
Halotrazina <sup>(1,2)</sup>	Analéptico		*	*	
Levonpropizina <sup>(1,2,3,4)</sup>	Náusea e vômitos ansioso	5 a 20mg 24 horas a depender do nível de sedação conseguido. Dose máxima de 200 mg para agitação. 50 a 150 mg dia 75-150 mg/dia, divididos em 3 doses 25 a 50 mg 8 h	SF	E irritante, diluir o máximo tolerado;	Pode ocorrer reação local, fazer rodízio do sítio de aplicação para diminuir a irritação. Em altas doses pode causar hipotensão ortostática.
Metadona <sup>(1,2)</sup>	Dor intensa	50% da dose oral 60ml/h	SF	E irritante, visar o local da punção a cada 24 horas	
Metoprolol <sup>(1,2,3,4)</sup>	Náusea e vômito	30-120mg dia 10-20 mg 6-8h de forma descontínua ou 30-60mg 24h 10mg de 4-4 horas. Infusão contínua: máximo de 120mg dia	AD ou SF	E irritante, diluir o máximo tolerado	Monitorar distúrbio devido a possibilidade de efeitos extrapiramidais.
Mefenazina <sup>(1,2,3,4)</sup>	1. Agitação e convulsão em pacientes terminais 2. Mioclônus multifocal 3. Soluções intratíves 4. Sedação	1. 10-60mg dia 2. 10-30mg dia 3. 30-60mg dia (máximo de 120mg dia) 4. Iniciar com 1mg/h e aumentar até 4 mg/h (infusão contínua)	SF ou AD	E irritante, diluir o máximo tolerado	Pode causar espasmo local e reações sistêmicas como sonolência e incoerência
Morfina <sup>(1,2,3,4)</sup>	Dor intensa e dispnea	1. Pacientes sem uso prévio: 5-10mg dia 2. 0,3mg/kg dia 3. Dose semanal: (dose oral 3x24= doses de resgate 4-4mg de 4-4 horas 5. 50% da dose oral	SF ou AD		1. A dose de 10mg/ml, é bem tolerada e pode ser administrada a cada 4 horas, associada a dose de resgate de 6 mg a cada 1 hora, se necessário. Utilizar com cuidado na insuficiência renal. A administração por infusão contínua é preferível que a intermitente, por conseguir manter níveis estáveis e prevenir náuseas, sedação, e aumento da dor.
Naproxeno <sup>(1,2)</sup> Octocóide <sup>(1,2,3,4)</sup>	Dor 1. Redução de secreções salivares, melindade, vômitos e diarreia em grandes volumes 2. Obstrução intestinal ou gástrica 3. Diarreia intestinal	550-600mg dia 1.300-600mg dia (máximo de 1.500mg) 2.250-500mg dia (máximo de 750mg dia) 3.50-500mg dia (máximo de 1.500mg dia)	* SF ou AD	Incompatível com a morfina E irritante, diluir o máximo possível. Em alguns casos a droga pode chegar até 1 mg/dia	* Pode causar dor no local da aplicação, por isso recomenda-se esperar que o medicamento fique em temperatura ambiente ou aquecer a ampola previamente com as mãos.
Ondansetrona <sup>(1,2,3,4)</sup>	Náusea e vômito	8-24mg dia	SF ou AD	*	Apesar do medicamento apresentar pH baixo (3,5), não causa reações locais quando administrado em velocidade lenta.
Propofol <sup>(1,2)</sup> Pantofol <sup>(1,2)</sup>	Náusea e analéptico Protetor gástrico	12,5-21mg dia 50-150mg dia (máximo de 300mg)	* AD	*	*
Tobramicina <sup>(1,2)</sup> Tromadol <sup>(1,2,3,4)</sup>	Infecções Dor	75mg dia 60-600mg dia Infusão contínua: 2mg/kg dia Infusão intermitente: 100 mg nasal e doses de 50 mg a cada 10-20 min. Dose máxima: 400-600mg dia	* SF	*	Quando comparado à via EV, menor frequência de náuseas e vômitos.

ANEXO I. Medicamentos mais utilizados na via subcutânea e principais reações adversas

Druga	Indicação	Doses	Dilúente	Observações	Principais reações adversas
Ampicilina <sup>(1,2)</sup> Amoxicilina <sup>(1,2)</sup> Butiliscopolbama <sup>(1,2,3,4)</sup>	Infeções * 1. Antiespasmódico 2. Antiespasmódico 3. Diapirese 4. Espasmos intestinais 5. Obstrução intestinal 6. Espasmo vesical	500mg/dia 1,2mg 1 vez ao dia 1,60mg/dia 2,0,6-10mg 24 h 3,0,4-0,6mg bolus 2,4mg 24h 4, 0,25mg-20mg 6h	* * SF ou	* * Dose máxima 100mg 24h	Emprecimento no local da aplicação.
Cefepima <sup>(1,2,3)</sup>	Infeções	1g/dia	50 ml. de soro glicolato a 5%	*	Inflamação leve com eritema durante infusão e dor que desaparece rapidamente. Edema leve.
Cefotaxima <sup>(1,2)</sup> Ceftazidima <sup>(1,2)</sup> Ceftriaxona <sup>(1,2)</sup> Cefuroxime <sup>(1,2,3,4)</sup>	Infeção Infeções Infeções Dor intensa	500mg/dia 500mg/dia 1g/dia 30-90mg/dia	SF SF SF SF	* * * Via exclusiva	Pode ser nefrotóxico. Causar irritação local. A administração por infusão contínua não deve exceder 3 semanas por risco de sangramento no sítio da punção. Pode causar irritação local.
Ciclizina <sup>(1,2,3)</sup>	Náusea e vômito	25-50mg 3-5 horas (máximo de 150mg/dia)	Inf Contínua*AD	Incompatível com SF; Diluir o máximo possível.	Pode causar irritação local.
Clozapina <sup>(1,2)</sup> Dexametasona <sup>(1,2,3,4)</sup>	Aptidão e ansiedade 1 Hipertensão intracraniana 2. Redução de edemas periorbitais 3. Diapirese 4. Náusea e vômito 5. Estomatite do aparelho 6. Comprimido modular	5-8mg/dia 1, 5-20mg/dia 2, 4-40mg/dia (infusão contínua) 3, 8-24mg/dia 4, 8-20mg/dia 5, 2-4mg/dia 6, 16-32mg/dia	SF ou AD SF ou AD	Via exclusiva	Pode ser irritante.
Diclofenaco <sup>(1,2,3,4)</sup>	Dor	75-150mg/dia	SF	É irritante, diluir o máximo tolerado	Irritante, considere os riscos para o trato gastrointestinal (álzera, sangramento), função renal (superfomeia, uremia e insuficiência renal aguda) e uso em pacientes idosos.
Diapirese <sup>(1,2)</sup> Famotidina <sup>(1,2)</sup> Fenobarbital <sup>(1,2,3,4)</sup>	Dor Proteor Gástrico Convulsão	Até 1g a cada 6 horas * 200mg/dia 200mg 6h ou bolus nasal de 65-130mg seguidos de infusão contínua 130mg-260 mg/dia Usual: 100-1000 mcg/dia Resgate: 10mg a cada 1 hora 1ml, h=1mg/h (solução de 500mg em 100ml. de diluente)	SF * AD	Via exclusiva * Via exclusiva, mesmo compatível com morfina	
Fentanyl <sup>(1,2,3)</sup>	Dor	Usual: 100-1000 mcg/dia Resgate: 10mg a cada 1 hora 1ml, h=1mg/h (solução de 500mg em 100ml. de diluente)	SF	*	
Furosemida <sup>(1,2,3)</sup>	Diapirese devido à congestão pulmonar	20-140mg Bolus: dose de 20 mg em 2 ml. Contínua: 1 a 10 ml. h	SF	*	Queimadura e irritação, que aparecem em menor proporção nos pacientes que recebem infusão contínua.
Gramoxetona <sup>(1,2)</sup> Haloperidol <sup>(1,2,3)</sup>	Náusea e vômito Náusea e vômito sedação, aptidão	3-9mg/dia > 10 minutos 2,5-10mg/dia 30mg/dia para aptidão	50ml SF AD	* Concentração máxima 2mg/ml. SF pode precipitar. Dose máxima 15 mg/dia	Pode causar emprecimento local e reações sistêmicas como manifestações anticolínicas e sonolência.
Halobutolamida <sup>(1,2)</sup> Escopolamina <sup>(1,2,3)</sup>	de 1. Entorpecimento pre morte, secreções e sedação 2. Antiespasmódico 3. Colica intestinais 4. Salivares	1,0,25-1 mg 4-6h 2, 300-600 µg/l 3,0,8-1,2mg/dia 4,0,2-0,8mg/dia	SF ou AD	Atrossa a barreira hematocefálica na dose 0,25-1mg 4-6h.	Pode causar boca seca, confusão. Pode causar mais sedação que o bunitolamida de locosina, pois cruza a barreira hematocefálica.
Halozepam <sup>(1,2)</sup>	Dor	1mg de 6-6 horas, titular até controle da dor 25 mg 24h *	SF ou AD *	*	Em doses elevadas ode causar reações adversas típicas de Opíodes.
Halozepam <sup>(1,2)</sup>	Analéptico	*	*	*	
Levocetoprazina <sup>(1,2,3)</sup>	Náusea e vômitos intensos	5 a 20mg 24 horas a depender do nível de sedação conseguido. Dose máxima de 200 mg para aptidão. 50 a 150 mg/dia 75-150 mg/dia, divididos em 3 doses 25 a 50 mg 8 h 50% da dose oral 60ml/h	SF	É irritante, diluir o máximo tolerado.	Pode ocorrer reação local, fazer rotação do sítio de aplicação para diminuir a irritação. Em altas doses pode causar hipotensão ortostática.
Morfina <sup>(1,2)</sup>	Dor intensa	30-120mg/dia 10-20 mg 6-8h de forma descontínua ou 30-60mg 24h 10mg de 4-4 horas. Infusão contínua: máximo de 120mg/dia	SF	É irritante, lavar o local da punção a cada 24 horas.	
Metoprolol <sup>(1,2,3)</sup>	Náusea e vômito	30-120mg/dia 10-20 mg 6-8h de forma descontínua ou 30-60mg 24h 10mg de 4-4 horas. Infusão contínua: máximo de 120mg/dia	AD ou SF	É irritante, diluir o máximo tolerado	Monitorar distúrbio devido a probabilidade de efeitos extrapiramidais.

Mefenâm <sup>(1,7,10)</sup>	1. Agitação e convulsão em pacientes terminais 2. Mieloma múltiplo 3. Soluções intravenosas 4. Sedação	1. 10-60mg/dia 2. 10-30mg/dia 3. 30-60mg/dia (máximo de 120mg/dia) 4. Iniciar com 1mg/h e aumentar até 4 mg/h (infusão contínua)	SF ou AD	E irritante, diluir o máximo tolerado	Pode causar empurreamento local e reações sistêmicas como sonolência e incoerência.
Morfina <sup>(1,7,10)</sup>	Dor intensa e dispnéia	1. Pacientes sem uso prévio: 5-10mg/dia 2. 0,3mg/kg/dia 3. Dose semanal: (dose oral 3x) = doses de resgate 4-4mg de 4 à 6 horas 5. 50% da dose oral	SF ou AD	1. A dose de 10mg/ml é bem tolerada e pode ser administrada a cada 4 horas, associada a dose de resgate de 6 mg a cada 1 hora, se necessário. Utilizar com cuidado na insuficiência renal. A administração por infusão contínua é preferível que a intermitente, por conseguir manter níveis estáveis e prevenir náuseas, sedação, e aumento da dor.	Pode causar empurreamento local e reações sistêmicas como mucositas bucofaringeal, prurido devido a vasodilatação. Em doses superiores a 150 mg, provoca entre outras complicações como estresse, mal-estar, edema, dor e bruxismo.
Naproxeno <sup>(1,7)</sup> Oxetolônio <sup>(1,7,10)</sup>	Dor 1. Redução de secreções gástricas, motilidade, vômitos e diarreia em grandes volumes 2. Obstrução intestinal ou gástrica 3. Diarreia intestinal	550-600mg/dia 1. 300-600mg/dia (máximo de 1.500mg) 2. 250-500mg/dia (máximo de 750mg/dia) 3. 50-500mg/dia (máximo de 1.500mg/dia)	* SF ou AD	Incompatível com a morfina E irritante, diluir o máximo possível. Em alguns casos a droga pode chegar até 1 mg/dia	* Pode causar dor no local da aplicação, por isso recomenda-se esperar que o medicamento fique em temperatura ambiente ou aquecer a ampola previamente com a mão.
Ondansetrona <sup>(1,7,10)</sup>	Náusea e vômito	8-24mg/dia	SF ou AD	*	Apesar do medicamento apresentar pH baixo (3,5), não causa reações locais quando administrado em velocidade lenta.
Prorotina <sup>(1,7)</sup> Ranitidina <sup>(1,7)</sup>	Náusea e antiérgico Protetor gástrico	12,5-25mg/dia 50-150mg/dia (máximo de 300mg) 75mg/dia	* AD	*	*
Tolamidas <sup>(1,7)</sup> Tramadol <sup>(1,7,10)</sup>	Infecções Dor	60-600mg/dia Infusão contínua 2mg/kg/dia Infusão intermitente 100 mg inicial e doses de 50 mg a cada 10-20 min. Dose máxima 400-600mg/dia	* SF	*	Quando operado à via EV, menor frequência de náusea e vômito.

#### ANEXO I. Medicamentos mais utilizados na via subcutânea e principais reações adversas

Droga	Indicação	Doses	Dilúente	Observações	Principais reações adversas
Ampicilina <sup>(1,7)</sup> Atropina <sup>(1,7)</sup> Butilescopolamina <sup>(1,7,10)</sup>	Infecções * 1. Antiespasmódico 2. Antiespasmódico 3. Dispnéia 4. Espasmos 5. Obstrução intestinal 6. Espasmo vesical	500mg/dia 1,2mg 1 vez ao dia 1,60mg/dia 2,0-6-10mg 24 h 3,0-4-0,6mg bolus 2,4mg 24h 4,0-21mg-20mg 6h	* * SF ou	* * Dose máxima 100mg/24h	Empurreamento no local da aplicação.
Cefepim <sup>(1,7,10)</sup>	Infecções	1g/dia	50 ml. de soro glicosado a 5%	*	Inflamação leve com eritema durante infusão e dor que desaparece rapidamente. Edema leve.
Cefotaxima <sup>(1,7)</sup> Ceftriaxona <sup>(1,7)</sup> Ceftriaxona <sup>(1,7)</sup> Ceftriaxona <sup>(1,7,10)</sup>	Infecção Infecções Infecções Dor intensa	500mg/dia 500mg/dia 1g/dia 30-90mg/dia	SF SF SF SF	* * * Via exclusiva	Pode ser irritante local. Causar irritação local. A administração por infusão contínua não deve exceder 3 semanas por risco de sangramento no sítio de punção.
Ciclizina <sup>(1,7,10)</sup>	Náusea e vômito	25-50mg 8-8 horas (máximo de 150mg/dia)	Inf. Contínua=AD	Incompatível com SF; Diluir o máximo possível.	Pode causar irritação local.
Clozapina <sup>(1,7)</sup> Dexametasona <sup>(1,7,10)</sup>	Agitação e ansiedade 1. Hipertensão intracraniana 2. Redução de edema peritumoral 3. Dispnéia 4. Náusea e vômito 5. Estomatite do apêndice 6. Compromisso medular	5-8mg/dia 1,5-20mg/dia 2, 4-8mg/dia (infusão contínua) 3, 8-24mg/dia 4,8-20mg/dia 5,2-6mg/dia 6,16-32mg/dia	SF ou AD SF ou AD	E irritante, diluir o máximo tolerado Via exclusiva	Pode ser irritante.
Diclofenaco <sup>(1,7,10)</sup>	Dor	75-150mg/dia	SF	E irritante, diluir o máximo tolerado	Irritante, considerar os riscos para o trato gastrointestinal (úlcera, sangramento), função renal (hipercalcemia, uremia e insuficiência renal aguda) e uso em pacientes idosos.

Dipirona <sup>(1,7)</sup> Famotidina <sup>(7)</sup> Fenoberridol <sup>(1,7,10)</sup>	Dor Protetor Gástrico Convulsão	Até 1g a cada 6 horas 200mg dia 200mg 6h ou bolus macial de 65-130mg segundos de infusão contínuade 130mg +260 mg dia Usual: 100-1000 mg dia Resgate: 10mg a cada 1 hora 1ml. h=3mg h (solução de 500mg em 100ml de diluente)	SF * AD	Via exclusiva * Via exclusiva, mesmo competitivo com morfina	
Fentanil <sup>(1,7,10)</sup>	Dor	Usual: 100-1000 mg dia Resgate: 10mg a cada 1 hora 1ml. h=3mg h (solução de 500mg em 100ml de diluente)	SF	*	
Furosemida <sup>(1,7,10)</sup>	Dispneia devido à congestão pulmonar	20-140mg Bolus: dose de 20 mg em 2 ml. Contínua: 1 a 10 ml. h	SF	*	Queimadura e irritação, que aparecem em menor proporção nos pacientes que recebem infusão contínua.
Grausvetona <sup>(7)</sup> Haloperidol <sup>(1,7,10)</sup>	Náusea e vômito Náusea e vômito sedação, agitação	3-9mg dia > 10 minutos 2,5-10mg dia 30mg dia para agitação	50ml SF AD	*	Concentração máxima 2mg/ml. SF pode precipitar. Dose máxima 15 mg dia
Hidrocortisona <sup>(7)</sup> Escopolamina <sup>(1,7,10)</sup>	1. Entorpecer por morte, secreções e sedação 2. Anestésico 3. Colica intestinais 4. Salivares	1.0,25-1 mg 4-6h 2. 300-600 µg/l 3.0,5-1,2mg dia 4.0,2-0,8mg dia	SF ou AD		Atravessa a barreira hematoencefálica na dose 0,25-1mg 4-6h. Pode causar boca seca, confusão. Pode causar mais sedação que o butilbrometo de hioscina, pois cruza a barreira hematoencefálica.
Haloperidol <sup>(1,7,10)</sup>	Dor	1mg de 6-6 horas, titular até controle da dor 25 mg 24h	SF ou AD	*	Em doses elevadas ode causar reações adversas típicas de Opióides.
Halotrazina <sup>(7)</sup>	Antiléptico	*	*	*	
Levosopromacina <sup>(7,10)</sup>	Náusea e vômitos ansioso	5 a 20mg 24 horas a depender do nível de sedação conseguido. Dose máxima de 200 mg para agitação. 50 a 150 mg dia 75-150 mg dia, divididos em 3 doses 25 a 50 mg 8 h	SF	E irritante, diluir o máximo tolerado.	Pode ocorrer reação local, fazer rotineio do sítio de aplicação para diminuir a irritação. Em altas doses pode causar hipotensão ortostática.
Morfina <sup>(7)</sup>	Dor intensa	50% da dose oral. 60ml. h	SF	E irritante, verificar o local da punção a cada 24 horas	
Metoprolol <sup>(1,7,10)</sup>	Náusea e vômito	10-20 mg 6-8h de forma descontínua ou 30-60mg 24h 10mg de 4-4 horas. Infusão contínua: máximo de 120mg dia	AD ou SF	E irritante, diluir o máximo tolerado	Monitorar diurese devido à probabilidade de efeitos extrapiurâmicos.
Midazolam <sup>(1,7,10)</sup>	1. Agitação e convulsão em pacientes terminais 2. Midríase miotílica 3. Soluções intravenas 4. Sedação	1. 10-60mg dia 2. 10-30mg dia 3.30-60mg dia (máximo de 120mg dia) 4. Iniciar com 1mg/h e aumentar até 4 mg/h (infusão contínua)	SF ou AD	E irritante, diluir o máximo tolerado	Pode causar surtupimento local e reações sistêmicas como sonolência e incoerência.
Morfina <sup>(1,7,10)</sup>	Dor intensa e dispneia	1 Pacientes sem uso prévio: 5-10mg dia 2. 0,3mg/kg dia 3. Dose semanal: (dose oral 3x/d) = doses de resgate 4. 4mg de 4-4 horas 5. 50% da dose oral	SF ou AD	1. A dose de 10mg/ml, é bem tolerada e pode ser administrada a cada 4 horas, associada a dose de resgate de 6 mg a cada 1 hora, se necessário. Utilizar com cuidado na insuficiência renal. A administração por infusão contínua é preferível que a intermitente, por conseguir manter níveis estáveis e prevenir náuseas, sedação, e aumento da dor. Incompatível com a morfina	Pode causar surtupimento local e reações sistêmicas como mioclonia miotílica, prurido devido à vasodilatação.Em doses superiores a 130 mg, provoca este relaxação das complicações como edema, mal-estar, edema, dor e hematuria.
Naproxeno <sup>(7)</sup> Oxycodone <sup>(1,7,10)</sup>	Dor 1. Redução de secreções gástricas, mobilidade, vômitos e diarreia em grandes volumes 2. Obstrução intestinal ou gástrica 3 Diarreia intrarrel	550-600mg dia 1.300-600mg dia (máximo de 1.500mg) 2.250-500mg dia (máximo de 750mg dia) 3.50-500mg dia (máximo de 1.500mg dia)	* SF ou AD	E irritante, diluir o máximo possível. Em alguns casos a droga pode chegar até 1 mg dia	* Pode causar dor no local da aplicação, por isso recomenda-se esperar que o medicamento fique em temperatura ambiente ou aquecer a ampola previamente com os mãos.
Ondansetrona <sup>(1,7,10)</sup>	Náusea e vômito	8-24mg dia	SF ou AD	*	A pesar do medicamento apresentar pH baixo (3,5), não causa reações locais quando administrado em velocidade lenta.
Prometazina <sup>(7)</sup> Ranitidina <sup>(7)</sup>	Náusea e antiléptico Protetor gástrico	12,5-25mg dia 50-150mg dia (máximo de 300mg)	* AD	*	*
Tobramicina <sup>(7)</sup> Tramadol <sup>(1,7,10)</sup>	Infecções Dor	7mg dia 60-600mg dia Infusão contínua: 2mg/kg dia Infusão intermitente: 100 mg macial e doses de 50 mg a cada 18-20 min. Dose máxima: 400-600mg dia	* SF	*	Quando comparado à via EV, menor frequência de náuseas e vômitos.

Fonte: Guidelines for the use of Subcutaneous Medications in Palliative Care for Adults<sup>7</sup>; Bruno, 2013<sup>3</sup>; Costa, 2015<sup>10</sup>  
\*Sem informação disponível. AD: água destilada; SF: Solução fisiológica 0,9%.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Série Cuidados Paliativos. Terapia subcutânea no câncer avançado. Rio de Janeiro, 2009, 32p.
2. PARECER COREN-SP 031/2014 - CT [http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2014\\_031.pdf](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_031.pdf)
3. Bruno, V.G. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://docplayer.com.br/11527274-Hipodermoclise-revisao-de-literatura-para-auxiliar-a-pratica-clinica.html>.
4. Provenzano BC, Machado APG, Rangel MTAS, Aranha RN. A empatia médica e a graduação em medicina. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2014;13(4):19-25 ([http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=332](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=332))
5. Mart, J. M. (2005). Cuidados paliativos. Anales de Pediatr. <http://doi.org/10.1157/13074624> (<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf> )
6. Braz CDL, Cristina R, Pereira C. Artigo de Revisão Administração de medicamentos por hipodermóclise : uma revisão da literatura. 2015;6-12.
7. Guidelines for the Use ofSubcutaneousMedications in PalliativeCare for Adults NHS Greater Glasgow. Acute Services DivisionPalliativeCarePracticeDevelopment Team May 2008 [Internet]. Review May 2010. [cited 2011 Oct 10]. Disponível em : [http://www.palliativecareggc.org.uk/uploads/file/guidelines/guidelines\\_subcut\\_meds\\_updated\\_nov2008.pdf](http://www.palliativecareggc.org.uk/uploads/file/guidelines/guidelines_subcut_meds_updated_nov2008.pdf).
8. Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)
9. Souza, R.M.; D' Aquino, M.O. Hipodermóclise ou via subcutânea . Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ.2012. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=332](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=332).
10. Costa, J.M.;Pereira, R.C.C.; Braz, C.L. Administração de medicamentos por hipodermóclise: Uma revisão de literatura.

## O DESCONFORTO PODE COMEÇAR PELA BOCA

**Guilherme Aragão Melo**  
**Jullyane Pachêco da Silva**  
**Rafaela do Couto Melo**  
**Teresa de Lima Gusmão**  
**Fabiana Moura da Motta Silveira**

No processo de adoecimento, a boca do paciente também surge como alvo possível de alterações e necessidade de cuidados, que são frequentemente negligenciados, principalmente pela falta de correta orientação por parte dos profissionais de saúde. O cuidado deve ocorrer de forma multidisciplinar com orientações e intervenções que assegurem uma boca mais saudável, livre de infecção e dor, promovendo conforto e qualidade de vida ao paciente<sup>1,2</sup>.

A boca comporta-se como um órgão complexo, com importante função na mastigação, fonação, gustação, respiração e deglutição, e dessa forma, processos próprios das doenças crônicas e os relacionados a condição de polifarmácia podem corroborar com importantes alterações bucais (diminuição do fluxo salivar, xerostomia, alterações no paladar, disfagia e infecções oportunistas)<sup>3,4</sup>. Nesta direção, destaca-se a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar para ajudar a reestabelecer a funcionalidade do paciente nas diversas dimensões do comprometimento, como a comunicação verbal, alimentação, sensação gustatória, controle de dor e alterações bucais.

Vale salientar que a boca tem um papel fundamental na expressão de sentimentos e este papel, reporta-se à importância de as pessoas doentes conseguirem rir, chorar ou beijar. Portanto, a expressão de sentimentos assume-se como uma importante forma de comunicação não verbal do paciente junto as pessoas significativas e os profissionais de saúde. Sendo assim, se as condições da boca não permitirem, os pacientes podem sentir-se impossibilitados ou diminuídos na capacidade de expressarem a forma como se sentem<sup>5</sup>.

Outro aspecto importante, e que também suporta a importância de cuidar a boca, é a Interação social, no que diz respeito à pessoa doente sentir segurança e ter capacidade de interagir com os outros. Uma boca bem cuidada permite ao paciente sentir-se confortável na relação com os outros, o que é considerado como uma área importante na construção do significado de dignidade.

Vale lembrar que a alimentação oral é essencial para uma boa relação com a vida, podendo a falta de interesse nos alimentos ou a incapacidade de comer pela boca, ser um fator gerador de sofrimento para o paciente e sua família<sup>6</sup>. Associado à ingestão de alimentos, está o prazer de saborear, que numa fase mais próxima do final da vida pode representar um dos únicos prazeres restantes. Portanto, é necessário oferecer alimentos da preferência do paciente e adequado às suas situações de doença, isto associado aos cuidados com a higiene da cavidade oral, principalmente da língua.

Outro aspecto muito importante, principalmente para pessoas em cuidados paliativos, é a tentativa de manter a Via Oral como forma de administração terapêutica. Esta é uma via útil, segura e confortável, utilizada em muitas situações

como via principal para administração de medicação, todavia, a utilização da via oral é inversamente proporcional às condições que a boca apresenta.

Baseado no acima mencionado, fica evidente que as avaliações odontológicas rotineiras podem identificar a doença dental (cárie, doença periodontal, problemas da mucosa bucal e necessidade de prótese) e facilitar intervenções dentárias efetivas. O cirurgião-dentista deve tratar os doentes de acordo com as necessidades individuais através do fluxograma para tratamento odontológico, que poderá ser preventivo, curativo e paliativo. Como medidas preventivas deve-se realizar orientação de higiene bucal e da prótese, tanto para os doentes como para os cuidadores, além de limpeza de feridas tumorais orais com gaze embebida de soro fisiológico para remoção de restos necróticos<sup>7</sup>. O tratamento odontológico curativo, se dar através de realização de procedimentos de acordo com a avaliação clínica de cada paciente, e consiste desde um tratamento restaurador por cárie dentária ou fratura dental, até exodontias, tratamento periodontal e tratamento de infecções oportunistas (principalmente candidíase bucal). Medidas odontológica paliativas estão relacionadas com o controle de dor ou secreções e alívio do desconforto causado pela xerostomia<sup>5,8,9</sup>.

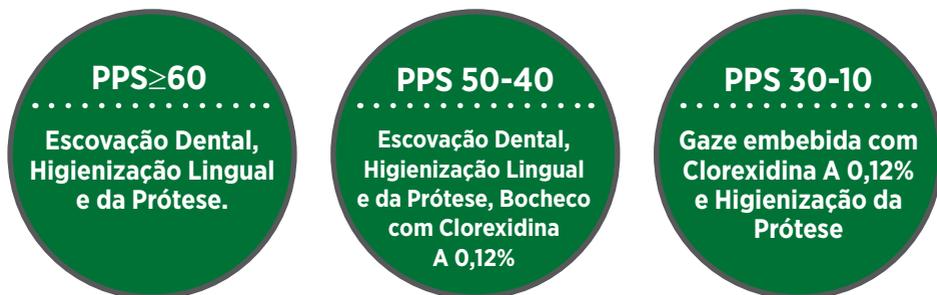
### **Orientação de higiene oral**

Os profissionais da atenção básica têm um papel muito importante na obtenção de uma adequada saúde bucal, com a responsabilidade de atuar na prevenção de doenças e minimização de riscos. Um dos maiores desafios na prevenção em saúde bucal é o controle de placa dentária e, conseqüentemente, o controle da cárie e da inflamação gengival. Isto é uma problemática ainda mais evidente nos cuidados paliativos odontológicos devido à complexidade desses pacientes<sup>10</sup>.

Na realidade, para guiar as medidas bucais em pacientes em Cuidados Paliativos, utiliza-se a capacidade funcional, o que chamamos, originalmente, de performance status (PS) e, em português de Índice de Desempenho (ID). Essa funcionalidade do paciente tem sido demonstrada em vários estudos como fator preditivo independente de resposta ao tratamento e à sobrevida. Dessa forma, se observamos o quadro 1, podemos verificar que pacientes com Performance Status (PPS) acima ou igual a 60 não necessitam de um profissional de odontologia para a abordagem dental, entretanto, deve ser orientado a realizar diariamente a escovação com escova, higienização lingual e higienização da prótese.

Por outro lado, paciente que apresenta PPS entre 50 e 40 apresenta incapacidade de realizar a higiene bucal sozinho, logo o cuidador passa a assumir papel fundamental, realizando: escovação dental, higienização lingual e protética, e em algumas situações, a realização de bochechos regulares com clorexidina a 0,12%. Por fim, devemos citar que nos pacientes com PPS entre 30 e 10, devido a sua alta complexidade, algumas medidas tradicionais não são possíveis, e neste caso a higienização correta se dá com uma gaze embebida em clorexidina a 0,12% (Figura 28).

**Figura 28.** Conduta odontológica de acordo com a funcionalidade do paciente



## VAMOS DISCUTIR MAIS ESPECIFICAMENTE AS MEDIDAS DE SAÚDE BUCAL

**Escovação Dental** – A técnica mais recomendada é a aquela mais confortável e fácil para pacientes e cuidadores (Bass ou Fones). Deve-se optar por escovas arredondas, pequenas e macias, trocando a cada 3 meses ou antes caso as cerdas se desgastem. A pasta deve conter flúor em sua composição e a escovação deve ser realizada duas vezes ao dia, de preferência uma diurna e uma noturna e para evitar estimulação e vômito deve se esperar 30 minutos após a refeição. É muito importante, armazenar a escova em posição vertical, secando ao ar livre e distante do vaso sanitário, para evitar contaminação<sup>10,11,12</sup>.

**Higienização Lingual** – Pode ser feita com a própria escova do paciente, limpadores ou raspadores de língua e em casos de indisponibilidade dos mesmos, com a parte côncava de uma colher. A técnica consiste em colocar a língua para fora, identificando as placas brancas presentes na língua e realizar movimentos em direção pósterio-anterior, observando ao final se houve remoção da parte esbranquiçada de placas, sempre tomando cuidado para não produzir ânsia de vômito<sup>12</sup>.

**Clorexidina** – Amplamente utilizada na odontologia, a clorexidina entra como um coadjuvante químico na higiene. Pode ser utilizada na forma de bochechos, por um minuto, duas vezes ao dia, ou embebida em gaze, substituindo a escovação normal para pacientes extremamente debilitados (PPS 30-10)<sup>13</sup>.

**Higienização da Prótese** – O processo de higienização das próteses do paciente é outro aspecto bem negligenciado. Demonstrar a importância de uma prótese bem higienizada é imprescindível. Os cuidados que devem ser tomados<sup>14,15</sup>:

- Obter uma escova somente para limpeza da prótese.
- A prótese deve ser higienizada fora da cavidade bucal.
- Escovar a prótese com pasta e depois sabão neutro, ao final lavar bem em água.

- Uma vez por semana, imergir a prótese em uma solução de 15 ml de hipoclorito de sódio a 2,5% (água sanitária) e 200 ml de água por 10 minutos. Isto não se aplica para as próteses parciais removíveis metálicas.
- No caso de prótese parcial removível, pode-se utilizar um peróxido alcalino por 20 minutos ou utilizar clorexidina a 2%, imergir durante 5 minutos, ambos uma vez na semana.
- Uma vez ao ano levar a prótese ao cirurgião-dentista para controle.
- Não dormir com a prótese, deixando a mesma imersa em um copo d'água.
- Lembrar ao paciente de que a região da boca em que a prótese está inserida também deve ser higienizada.

**Técnica de abertura de boca** – É comum em cuidados paliativos se deparar com pacientes que apresentam dificuldade de abrir a boca ou mantê-la aberta para uma correta higienização, desta forma existem algumas técnicas que ajudam o profissional a lidar com esta situação. A técnica mais segura e de boa visualização da cavidade consiste na utilização de abridores, mas uma alternativa de menor custo seria a utilização de uma espátula de madeira envolta por gaze.

### Principais afecções orais e tratamento

Pacientes oncológicos ou em estado de saúde debilitante, podem apresentar sintomas bucais como dor, disfagia, babação, feridas tumorais, trismo, infecções oportunistas, xerostomia, hipersalivação, halitose, úlceras traumáticas e saburra lingual<sup>17,18,19</sup>.

**AFECÇÕES ORAIS:** Saburra lingual

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:** Placa bacteriana formada em dorso de língua, ocasionando diminuição da sensibilidade gustativa da língua e halitose.

**TRATAMENTO:** Higienização da língua:

- com raspadores de língua
- com gaze embebida com clorexidina aquosa à 0,12%

**AFECÇÕES ORAIS:** Xerostomia | Hipossalivação

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:** Xerostomia é a sensação subjetiva de boca seca, conseqüente ou não da hipossalivação, que é a diminuição do fluxo salivar. A mucosa torna-se ressecada, eritematosa, atrófica e ulcerada. O paciente pode queixar-se de ardor, disfagia e ardência na mucosa bucal.

**TRATAMENTO:** Orientação de higiene oral, com utilização de escovas dentais macias.

**Sintomático:** substitutos salivares: saliva artificial, gel de carboximetilcelulose a 3%.

**Orientação dietética:** dieta liquefeita, com frutas ácidas e evitando alimentos duros e secos.

**AFECÇÕES ORAIS:** Candidíase oral

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:** Infecção fúngica oportunista. Caracterizada pelo aparecimento de placas esbranquiçadas e removidas a raspagem pelas mucosas da cavidade oral com placas eritematosas.

**TRATAMENTO:** Orientação de higiene oral Solução de nistatina (100000 UI), bochechar 05 ml, 3 a 4 vezes por dia durante 07 dias.

**Casos mais graves:** Fluconazol 150mg (comprimido), em acordo com o médico, levando em consideração a condição sistêmica do paciente.

**AFECÇÕES ORAIS:** Mucosite oral

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:** Caracteriza-se pela inflamação e ulceração da mucosa oral, que se torna edemaciada, eritematosa e friável, resultando em dor, desconforto, disfagia e debilidade. Pode resultar da citotoxicidade direta dos quimioterápicos utilizados na terapia antineoplásica.

**TRATAMENTO:** Orientação de higiene oral. Uso de vitamina E labial  
Uso de solução anestésica tópica. Uso de laser de baixa potência

**AFECÇÕES ORAIS:** Doença Periodontal

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:** Conjunto de condições inflamatórias, de origem bacteriana que acomete os tecidos de suporte e sustentação dos dentes. A gengiva apresenta-se com halo eritematoso, sangrante, dentes com mobilidade.

**TRATAMENTO:** Orientação da higiene oral. Uso de clorexidina a 0,12%  
Raspagem gengival. Exodontia dos dentes com mobilidades  
(De acordo com a condição sistêmica do paciente e desconforto)

**AFECÇÕES ORAIS:** Cárie dentária

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:** Forma lesões cavitadas no interior do dente, de origem bacteriana, podendo ocasionar odontalgia.

**TRATAMENTO:** Tratamento odontológico restaurador dentário.

**AFECÇÕES ORAIS:** Próteses dentárias mal adaptadas

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:** Ocasionadas por emagrecimento do paciente ou tempo de uso da prótese, causa desconforto e ulcerações traumáticas no paciente

**TRATAMENTO:** Restrição do uso da prótese. Reembasamento da prótese dentária

**AFECÇÕES ORAIS:** Ulceração traumática labial

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:** Mucosa fica lacerada, avermelhada, edemaciada e sangrante.

**TRATAMENTO:** Utilização de protetor labial.

A promoção do conforto dos pacientes em cuidados paliativos deve ser uma preocupação constante para a equipe multidisciplinar e vale lembrar que “a ação tem que ser julgada unicamente pelo bem-estar da pessoa que está a ser cuidada” (16). Cuidar de pessoas em cuidados paliativos exige dos profissionais a capacidade de direcionar todas as suas intervenções no sentido não só do bem-estar físico, mas também do bem-estar psicoemocional e social. O cuidado à boca, ao influenciar as dimensões referidas, vai contribuir para uma vida com dignidade até ao momento da morte.

Os profissionais sabem também que cuidar de pacientes com doenças potencialmente ameaçadoras da vida significa ajudar a estabelecer objetivos realistas, fomentando a esperança de que esses objetivos irão ser alcançados. Sentir-se valorizado ou ter alívio da dor e do mal-estar, aumenta a esperança e o significado da vida. É da responsabilidade do profissional de saúde compreender o paciente como um todo, ser indissociável e pleno.

## REFERÊNCIAS

1. Mulk BS, Chintamaneni RL, Prabhat MPV, Gummadapu S, Salvadhi SS. Palliative Dental Care – A Boon for debilitating. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2014 Jun, Vol 8(6): ZE01-ZE06.
2. ANCP. Manual dos Cuidados Paliativos ANCP. ANCP, 2012; 2ª ed: pág. 23.
3. Rosa LB, Zuccolotto MCC, Bataglion C, Coronatto EAS. Odontogeriatrics – a saúde bucal na Terceira idade. *RFO*. 2008 maio-agosto;13(2):82-86.
4. Matsuo K, Watanabe R, Kanamori D, Nakagawa K, Fujii W, Urasaki Y, Murai M, Mori N, Higashiguchi T. Associations between oral complications and days to death in palliative care patients. *Support Care Cancer*, 2016 Jan;24(1):157-61. doi: 10.1007/s00520-015-2759-9. Epub 2015 May 12.
5. Broadfield L, Hamilton J., Best Practice Guidelines for the Management of Oral Complications from Cancer Therapy. SupportiveCareCancer Site Team, CancerCare Nova Scotia, 2006
6. Danser MM, Mantilla Go´mez S, Van der Weijden GA: Tonguecoatingandtonguebrushing: a literaturereview. *Int J DentHygiene* 1, 2003; 151158
7. J. Wainwright & A. Sheiham. An analysis of methods of toothbrushing recommended by dental associations, toothpaste and toothbrush companies and in dental texts. *British Dental Journal* 217, Aug 8, (2014).
8. Bardal PAP, Olympio KPK, Bastos JRM, Henriques JFC, Buzalaf MAR. Educação e motivação em saúde bucal – prevenindo doenças e promovendo saúde em pacientes sob tratamento ortodôntico. *Dental Press J Orthod*. 2011 May-June;16(3):95-102.
9. Brito IL; Areosa SC; Lopes RMF; Argimon III. Avaliação das funções executivas em idosos acometidos por doenças crônico-degenerativas. *Cuadernos de Neuropsicología Panamerican Journal of Neuropsychology* 2012 Volume 6. Número 1.
10. D.E. Polk , M. Geng , S. Levy , A. Koerber and B.R. Flay. Frequency of daily tooth brushing: predictors of change in 9- to 11-year old US children. *Community Dental Health* (2014) 31, 136-140, 18 January 2014.
11. Ferreira CA, Savi GD, Panatto AP, Generoso JS, Barichello T. Microbiological evaluation of bristles of frequently used toothbrushes. *Dental Press J Orthod*. 2012 July-Aug;17(4):72-6.

- 12.** Jales SMCP. Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio da dor, sintomas bucais e melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: ensaio clínico não controlado. Tese doutorado- Programa de Neurologia- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2011.
- 13.** Sreenivasan PK, Tambs G, Gittins E, Nabi N, Gaffar A. A rapid procedure to ascertain the antimicrobial efficacy of oral care formulations. *OralMicrobiolImmuol.* 2003;18(6):371-8.
- 14.** Felton, David et al. Evidence-based guidelines for the care and maintenance of complete dentures *The Journal of the American Dental Association* , Volume 142 , 1S - 20S, Feb, 2011.
- 15.** Poliana Lima Bastos, Thaís Costa Mesquita, Guilherme Salles Ottoboni, Viviane Maria Gonçalves de Figueiredo. MÉTODOS DE HIGIENIZAÇÃO EM PRÓTESES DENTAIS REMOVÍVEIS. *Revista Bahiana de Odontologia.* 2015 Ago;6(2):129-137.
- 16.** Yiengprugsawan V, Somkotra T. Oral Health- Related Quality os Life among a large national cohort of 87.134 Thai adults. *Health Quality Life Outcomes,* 2011
- 17.** Prince KA, Moore EJ, Moynihan T, Price DL. Symptoms and terminal course of patients who died of head and neck cancer. *J Palliat Med* 2009;12(2):117-118.
- 18.** Lin YL, Lin IC, Liou JC. Symptom patterns of patients with head and neck cancer in a palliative care unit. *J Palliat Med.* 2011; 14(5):556-9.
- 19.** Wilberg P, Hjerstad MJ, Ottesen S, Herlofson BB. Oral health is an important issue in end-of-life cancer care. *Support Care Cancer,* 2012;20:3115-3122.



Ministério da  
**Saúde**

