

Manual de Cuidados Paliativos



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**



CONASS



PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde/SAES

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência/DAHU

Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar/CGAHD

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês

Compromisso Social

Manual de Cuidados Paliativos

Coordenação:

Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires e Daniel Neves Forte

Autores:

Ana Paula Mirarchi Vieira Maiello, Fernanda Pimentel Coelho,
Aline de Almada Messias e Maria Perez Soares D'Alessandro

Revisores HSL:

Ana Cristina Pugliese de Castro, Ana Paula de Souza Borges,
Carina Tischler Pires, Daniela Achette, Daniel Neves Forte, Luis Saporetti,
Luiz Filipe Gottgroy de Carvalho, Valeria Delponte e Veridiana Schulz

Apoio HSL:

Guilherme Fragoso de Mello e Luiz Felipe Monteiro Correia

Equipe Técnica Ministério da Saúde:

GAB/SAES – Eloiza Andrade Almeida Rodrigues

DAHU/SAES – Adriana Melo Teixeira e Olavo de Oliveira Braga Neto

CGAHD/DAHU – Rafael Leandro de Mendonça e Iane Andrade Neves

Equipe Técnica CONASS:

René José Moreira dos Santos e Eliana Maria Ribeiro Dourado

Ficha Catalográfica

Elaborada pela Biblioteca Dr. Fadlo Haidar
Sírio-Libanês Ensino e Pesquisa

© Reprodução autorizada pelo autor somente para uso privado de atividades de pesquisa e ensino, não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento é obrigatório mencionar a autoria.

M251

Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et al.]. – São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2020.

175p.

Vários autores: Aline de Almada Messias, Ana Paula Mirarchi Vieira Maiello, Fernanda Pimentel Coelho, Maria Perez Soares D'Alessandro; Revisores: Ana Cristina Pugliese de Castro, Ana Paula de Souza Borges, Carina Tischler Pires, Daniela Achette, Daniel Neves Forte, Luis Saporetto, Luiz Filipe Gottgroy de Carvalho, Valeria Delponte e Veridiana Schulz

1. Cuidados Paliativos. 2. Espiritualidade. 3. Ética. 4. Guia. I. Título.

CRB: 8/7548

NLM: WB 310

Índice

1. Cuidados Paliativos: Um Panorama	13
1.1. Definição e Princípios	13
1.2. Cuidados Paliativos e Cuidados Curativos	14
1.3. Aplicabilidade e Benefícios	17
Anexo - Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018	18
2. Espiritualidade: Como Abordar Esta Importante Demanda	23
2.1. Introdução	23
2.2. Relação entre Espiritualidade e Desfechos em Saúde	24
2.3. Necessidades Espirituais	25
2.4. Angústia Espiritual	25
2.5. Como Implementar a Assistência Espiritual	26
2.6. Abordagem da Angústia Espiritual	27
Anexo 1 – Versão Validada para o Português do Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP)	29
Anexo 2 – Problemas Espirituais, Características-Chave e Exemplos de Fala	31
3. Cuidando de Quem Cuida: Considerações para a Equipe de Saúde	33
3.1. O Cuidado e o Cuidador	33
3.2. O que o Cuidar Desperta no Profissional de Saúde	34
3.3. Reasseguramento do Cuidador	34
3.4. Aprimorando o Cuidado	36
4. Aspectos Ético-Jurídicos da Palição	38
4.1. Ponderações sobre a Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina e a Discussão Jurídica Desencadeada por Esta	38
4.2. Ponderações sobre a Legislação Brasileira	41
4.3. Ponderações Éticas	42
Anexo 1 - RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006	45
5. Avaliação de Prognóstico: Considerações e Instrumentos Práticos	47
5.1. A Avaliação Prognóstica e a Tomada de Decisão em Saúde	47
5.2. Indicadores Gerais de Pior Prognóstico	48
5.3. Idosos	48
5.4. Múltiplas Comorbidades	50
5.5. Insuficiência Cardíaca	51
5.6. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	54
5.7. Cirrose	56
5.8. Neoplasias Malignas	58
5.9. Insuficiência Renal	60
5.10. Demência	61
5.11. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	63
5.12. Outros Recursos Interessantes para Avaliação Prognóstica	64
6. Considerações sobre a Proporcionalidade de Medidas Invasivas de Suporte de Vida e seus Conflitos	66
6.1. O Cuidado Adequado	66

6.2. O Uso Expressivo de Terapia Intensiva	68
6.3. A Priorização de Casos para Admissão em UTI	69
6.4. Tomada de Decisão Ética e Compartilhada	72
6.5. Pontos Principais	73
Anexo 1 – Escala de Katz: Adaptação Transcultural	74
7. Aspectos Gerais do Luto e Peculiares no Contexto da Pandemia de COVID-19	75
7.1. Compreendendo o Luto	75
7.2. Luto e Distanciamento Social	77
7.3. Rituais de Despedida no Contexto da Pandemia e Distanciamento Social	78
7.4. Suporte ao Luto	78
8. Comunicação de Más Notícias: Como Abordar este Desafio	81
8.1. Premissas Básicas	81
8.2. Comunicando uma Má Notícia	82
8.3. Recursos que Podem Ser Acionados	83
8.4. Resumo dos Pontos Principais	84
Anexo – Exemplos Práticos de Diálogos	85
9. Reunião Familiar: Como Planejar e Executar Essa Importante Abordagem	88
9.1. Estratégias	89
9.2. Preparos Antes da Reunião	89
9.3. Durante a Reunião	90
9.4. Após a Reunião	92
10. Diretivas Antecipadas de Vontade e Planejamento Avançado de Cuidados	93
10.1. Diretivas Antecipadas de Vontade	93
10.2. Testamento Vital	94
10.3. Como Iniciar a Abordagem sobre Diretivas Antecipadas	94
10.4. Planejamento Avançado de Cuidados	95
11. Particularidades da Comunicação no Contexto de Distanciamento Social	98
11.1. Contextualização	98
11.2. Particularidades da Comunicação na Pandemia de COVID-19	99
12. Dor: Avaliação e Analgésicos Não Opioides	106
12.1. Avaliação da Dor	106
12.2. Dor Total	108
12.3. Princípios no Tratamento da Dor	109
12.4. Analgésicos Não Opioides	110
Anexo 1 – Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD – Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada	113
Anexo 2 – Behavioural Pain Scale (Escala Comportamental de Dor)	115
13. Dor: Como Manejar Opioides e Seus Efeitos Colaterais	116
13.1. Opioides Fracos	116
13.2. Opioides Fortes	117
13.3. Principais Efeitos Colaterais dos Opioides	123
13.4. Intoxicação por Opioides	124

13.5. Uso de Opioides de Resgate	125
13.6. Rotação de Opioide	125
13.7. Tolerância, Dependência Física e Vício	126
14. Manejo da Dor: Dor Neuropática e Adjuvantes	128
14.1. Dor Neuropática	128
14.2. Adjuvantes	129
15. Delirium: Como Diagnosticar e Tratar	133
15.1. Avaliação	133
15.2. Fatores de Risco, Diagnóstico, Causa Desencadeantes e Classificação	133
15.3. Tratamento	135
15.4. Medidas Farmacológicas e Não Farmacológicas	135
Anexo 1 - Confusion Assessment Method (CAM)	139
16. Dispneia e Outros Sintomas Respiratórios	140
16.1. Avaliação	140
16.2. Tratamento	140
16.3. Outros Sintomas Respiratórios	143
17. Náuseas e Vômitos: Compreenda a Causa e Trate Adequadamente	144
17.1. Avaliação	144
17.2. Fisiologia	145
17.3. Tratamento Farmacológico	145
17.4. Tratamento Não Farmacológico	147
18. Sedação Paliativa: Conceito, Quando Indicar e Como Fazer	149
18.1. Conceito e Indicação	149
18.2. Plano Terapêutico	149
18.3. Princípios Gerais para Ajuste de Prescrição em Fase Final de Vida	151
18.4. Medicações	152
18.5. Pontos Principais	158
19. Hipodermóclise: Técnica, Cuidados e Medicações Compatíveis por Essa Via	159
19.1. Considerações Iniciais	159
19.2. Punção e Cuidados Relacionados	161
19.3. Medicações, Soluções e Diluições	164
20. Manejo da Dispneia e Outros Sintomas na Pandemia do COVID-19	169
20.1. Contextualização	169
20.2. Manejo da Dispneia	170
20.3. Medidas Não Farmacológicas	171
20.4. Tratamento Farmacológico com Opioides	172
20.5. Ansiedade Associada com a Dispneia	173
20.6. Outros Sintomas	174



Mensagem do Hospital Sírio-Libanês

A **Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês**, instituição filantrópica fundada em 1921, trabalha diariamente para oferecer assistência médico-hospitalar de excelência, sempre com um olhar humanizado e individualizado. Em uma busca constante pela evolução e contribuição para uma sociedade mais justa e fraterna, o hospital desenvolve atividades de ensino e pesquisa, integradas ao trabalho e compromisso social.

O Sírio-Libanês promove estudos, compartilha conhecimento e desenvolve projetos integrados com o Ministério da Saúde e contribui para a disseminação de conhecimento e boas práticas para gestores de saúde em todo o país, como parte do **Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)**, desenvolvido para colaborar com o fortalecimento do sistema público de saúde, visando promover a melhoria das condições de saúde da população.

Lançado oficialmente pelo **Ministério da Saúde** em 2009, o programa é uma ferramenta de política pública de saúde financiada com recursos de isenção fiscal concedida para hospitais filantrópicos com excelência reconhecida pelo Ministério da Saúde, como é o caso do Sírio-Libanês.

Dessa forma, o programa permite a transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas para o SUS por meio da execução de projetos de apoio e na prestação de serviços de saúde, enquadrados em áreas específicas, por conta do uso otimizado de sua capacidade técnica e conhecimento.

Atualmente são cinco grandes áreas de atuação dos projetos: estudos de avaliação e incorporação de tecnologia; pesquisas de interesse público em saúde; assistenciais em parceria com o gestor local (governos estadual e municipal), por meio da prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais ao SUS; capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde; da qual o projeto **Cuidados Paliativos no SUS – Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar** faz parte.

O projeto de Cuidados Paliativos no SUS foi elaborado em parceria entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), HSL e Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Nessa colaborativa o HSL



aborda a atenção hospitalar, ambulatorial especializada e domiciliar. Enquanto o HIAE realiza ações na atenção primária.

Uma das ações desenvolvidas pelo HSL foi a elaboração do material apresentado a seguir e nomeado de Manual de Cuidados Paliativos. Por meio dele buscamos facilitar a difusão do conhecimento sobre o tema, trazendo evidências da literatura médica internacional e o que há de oficial no Brasil sobre o assunto de maneira prática, objetiva e compatível com a realidade do SUS. Além dos temas gerais que cobrem uma ampla gama de diagnósticos, em função da pandemia da COVID-19, foram elaborados também materiais específicos para este contexto de infecção e distanciamento social, visando auxiliar as equipes da ponta a ofertar um cuidado adequado para os pacientes acometidos.

Deste modo colaboramos para que o conhecimento seja difundido de forma justa e transparente, compartilhando os valores de solidariedade e calor humano do Sírio-Libanês com os profissionais e pacientes do SUS, bem como com os seus familiares.

Serão muitos os desafios na implementação de boas práticas de Cuidados Paliativos no SUS, mas as recompensas serão ainda maiores. A consciência de que os frutos dessas atividades colaboram para a construção de uma sociedade com uma melhor assistência à saúde, mais equilibrada e mais humana é o que dá sentido ao trabalho.

O Sírio-Libanês segue em sua missão de ser uma instituição de saúde excelente na medicina e no cuidado, calorosa e solidária na essência.

Dr. Fernando Ganem

Diretor de Governança Clínica Hospital Sírio-Libanês

Vânia Rodrigues Bezerra

Superintendente de Compromisso Social

Apresentação

Caros(as),

O Hospital Sírio-Libanês, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) do Ministério da Saúde (MS), deu início neste ano de 2020 ao **Programa de Cuidados Paliativos no SUS – Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar**. A iniciativa conta com a parceria do CONASS e é realizada de forma colaborativa com Hospital Israelita Albert Einstein, visa impulsionar a organização e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (CP) no Brasil, em consonância com as diretrizes do MS em relação à resolução nº 41 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 31 de outubro de 2018.

O CP desenvolve competências relacionadas ao cuidado do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual de pacientes que enfrentam doenças que ameaçam suas vidas, bem como as suas consequências que afetam os familiares. Estas competências podem e devem ser integradas precocemente ao cuidado que busca a cura ou o controle da doença, gerando assim melhoria em qualidade de vida, além de um importante impacto econômico. Recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual enfatiza a necessidade de políticas nacionais de CP baseadas em evidências, os CPs devem apoiar o fortalecimento integral dos sistemas de saúde, em todos os seus níveis.

Atualmente, os CPs são cada vez mais reconhecidos com uma parte essencial dos sistemas de saúde. A demanda por esse tipo de abordagem é crescente em todo o mundo devido ao envelhecimento populacional, o qual é associado às pessoas viverem com condições de saúde mais complexas, decorrentes da maior prevalência de pessoas convivendo com neoplasias e/ou doenças crônico-degenerativas. Apesar disso, fora da Europa, América do Norte e Austrália, é difícil encontrar sistemas de saúde estruturados e de qualidade nesse tipo de abordagem. O Brasil ainda apresenta desenvolvimento insuficiente, se comparado a outros países da América Latina.

Infelizmente, é frequente a não compreensão adequada do termo CP, ligando-o apenas à fase final de vida. Diferentemente deste conceito antigo, entende-se atualmente que os CP são uma abordagem que deve ocorrer concomitantemente aos cuidados curativos ou modificadores de doença. Ao invés de se pensar ou indicar CP somente quando se pensava em terminalidade da vida, atualmente o conceito e a indicação de CP se relaciona ao sofrimento de uma doença grave. Desta forma, deve ser ofertado em todos os níveis de assistência (primário, secundário e terciário) e nos diferentes pontos da rede de assistência (atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência).

O baixo desenvolvimento do CP se associa ao aumento da frequência da distanásia e obstinação terapêutica que, por sua vez, leva à superlotação de Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Urgência e Emergência, com

aumento de custos em atendimentos de baixa qualidade, percebida por pacientes e seus familiares. Além disso, cada vez mais evidências corroboram que a distanásia, além de ser cara e sofrida, resulta em piores desfechos clínicos, como redução de sobrevida. Para evitar este ciclo, os profissionais de saúde precisam desenvolver competências de Cuidados Paliativos, conhecimento sobre os diferentes serviços de apoio na rede, assim como ter a estrutura de saúde que favoreça sua aplicação de forma ética e humanizada.

O projeto **Programa de Cuidados Paliativos no SUS – Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar** - por meio do PROADI-SUS - visa então apoiar o desenvolvimento desta rede, capacitando profissionais do sistema público de saúde de diferentes pontos da Redes de Atenção à Saúde (RAS) em CP gerais. Esta proposta vem ao encontro das premissas da portaria nº 3362/2017, destacando-se sua relevância e potencial de contribuição para a governança do SUS, correlacionando-se aos objetivos do Plano Nacional de Saúde e às seguintes áreas de atuação: capacitação de recursos humanos - formação e capacitação em serviço, destinados à qualificação de profissionais de saúde/gestão de serviços, de acordo com as necessidades identificadas pelos gestores do SUS e Política Nacional de Educação na Saúde, em consonância com as diretrizes traçadas pelo Ministério da Saúde; desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde - racionalização de custos e ampliação da eficiência operacional dos serviços e sistemas regionais, com o desenvolvimento de controle de doenças no âmbito populacional, avançando nas metodologias estruturadas em torno de metas em qualidade de vida e saúde.

Este Manual de Cuidados Paliativos é uma das primeiras iniciativas nesse sentido e busca oferecer subsídios teóricos essenciais para que os profissionais de saúde possam se apropriar de pontos fundamentais dessa abordagem.

Sejam bem-vindos!

Dr. Daniel Neves Forte

Gerente de Humanização e Cuidados Paliativos Hospital Sírio-Libanês

Carina Tischler Pires

Gerente de Projetos PROADI do Hospital Sírio-Libanês

Dra. Maria Perez Soares D’Alessandro

Coordenadora Médica PROADI Cuidados Paliativos HSL

ATENÇÃO:

As medicações, doses e os fluxos sugeridos neste documento servem como parâmetros iniciais para apoiar a atuação clínica no manejo de pacientes em cuidados paliativos. A equipe responsável pelo caso deve realizar ajustes nessas de acordo com especificidades do paciente e características de trabalho da instituição.

1. Cuidados Paliativos: Um Panorama

Objetivo: Introduzir conceitos gerais e um panorama global dos Cuidados Paliativos.

1.1. Definição e Princípios

As doenças ameaçadoras da vida, sejam agudas ou crônicas, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamentos curativos, trazem a necessidade de um olhar para o cuidado amplo e complexo em que haja interesse pela totalidade da vida do paciente com respeito ao seu sofrimento e de seus familiares. Este tipo de cuidado foi definido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Cuidados Paliativos.

O cuidado paliativo é a abordagem que visa a promoção da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, através da avaliação precoce e controle de sintomas físicos, sociais, emocionais, espirituais desagradáveis, no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida. A assistência é realizada por uma equipe multiprofissional durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Para uma adequada prática de cuidados paliativos são necessários conhecimento e compreensão dos seguintes princípios norteadores (MATSUMOTO, 2009):

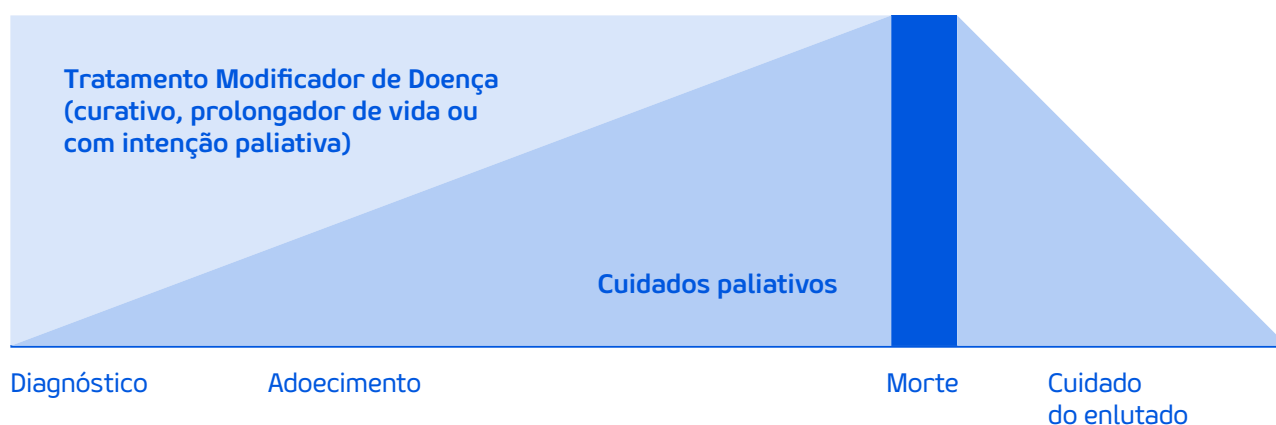
- Iniciar o mais precocemente possível o acompanhamento em cuidados paliativos junto a tratamentos modificadores da doença. Incluir toda a investigação necessária para compreender qual o melhor tratamento e manejo dos sintomas apresentados.
- Reafirmar a vida e sua importância.
- Compreender a morte como processo natural sem antecipar nem postergá-la.
- Promover avaliação, reavaliação e alívio impecável da dor e de outros sintomas geradores de desconforto.
- Perceber o indivíduo em toda sua completude, incluindo aspectos psicossociais e espirituais no seu cuidado. Para isso é imprescindível uma equipe multidisciplinar.
- Oferecer o melhor suporte ao paciente focando na melhora da qualidade de vida, influenciando positivamente no curso da doença quando houver possibilidade e auxiliando-o a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte.
- Compreender os familiares e entes queridos como parte importante do processo, oferecendo-lhes suporte e amparo durante o adoecimento do paciente e também no processo de luto após o óbito do paciente.

O foco no cuidar inclui reconhecer e responder às necessidades do paciente e dos familiares através de uma visão ampla e transdisciplinar. Reconhecem-se as conquistas da moderna tecnologia médica, porém realiza-se uma transição gradual e equilibrada entre tentativas legítimas de manter a vida, quando se tem chances reais de recuperação, e a abordagem paliativa, através do controle de sintomas sem nunca desconsiderar a dimensão da finitude humana (BERTACHINI; PESSINI, 2011).

1.2. Cuidados Paliativos e Cuidados Curativos

A relação entre cuidados curativos e paliativos ocorrerá de maneira diferente nos diversos países devido a características socioeconômicas, sistema de saúde e outras razões. Os cuidados paliativos não devem substituir os cuidados curativos apropriados. O preconizado é uma melhor e mais precoce integração dos cuidados paliativos com o tratamento ativo (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014) (ver figura 1).

Figura 1. Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doenças crônicas progressivas.



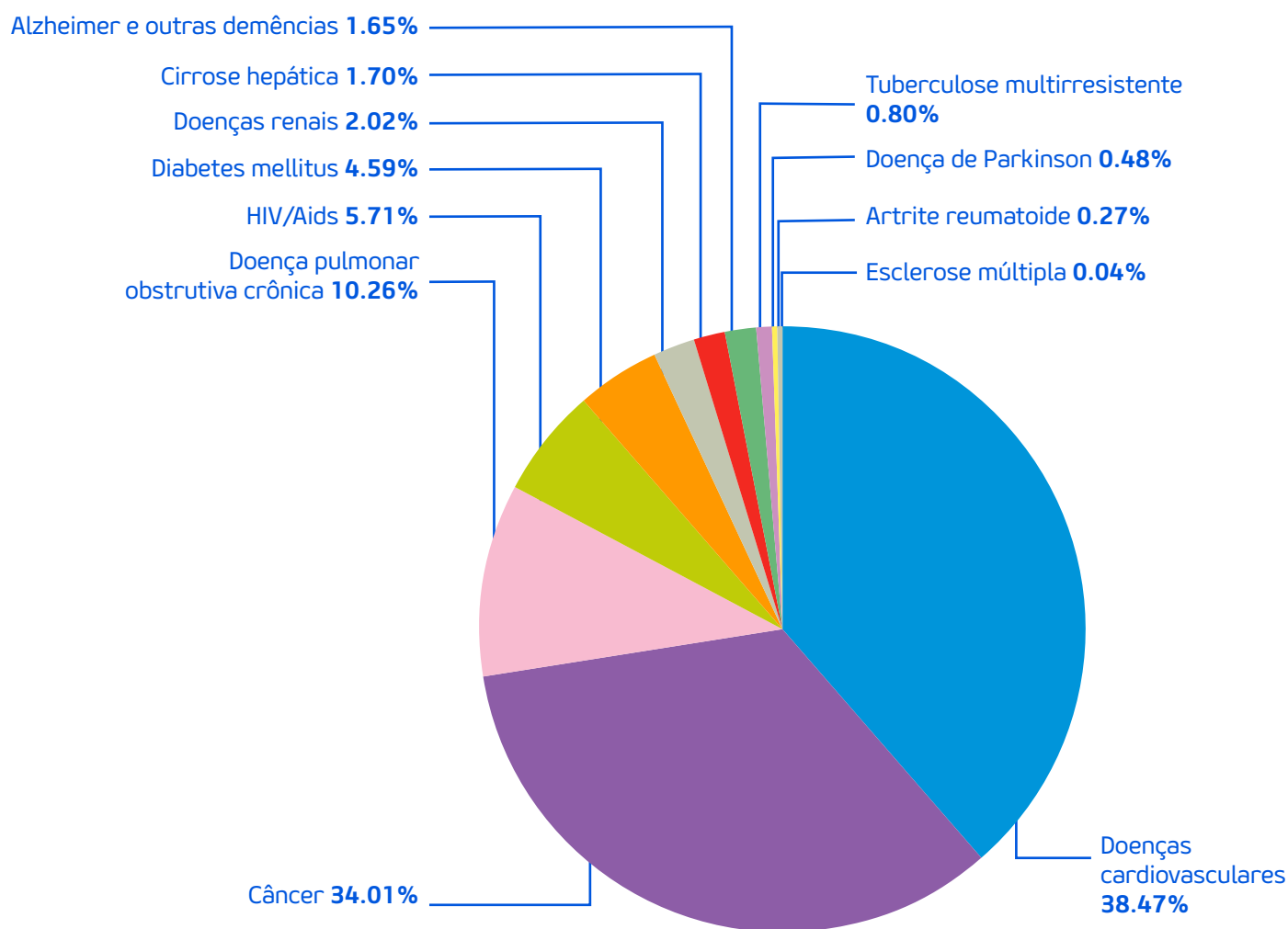
Adaptado de: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Knowledge into Action Palliative Care. Cancer Control, 1–42, 2007.

Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1.

Todo e qualquer paciente que possui doença crônica e/ou ameaçadora da vida poderá se beneficiar com os Cuidados Paliativos - crianças, adultos e idosos. A necessidade de cuidados paliativos está presente em todos os níveis de atendimento, primário, secundário e serviços especializados. Podem ser prestados como abordagem, por todos os profissionais de saúde que sejam educados e qualificados através de treinamento apropriado; como cuidados paliativos gerais, fornecido por profissionais de atenção primária e por profissionais que tratam doenças potencialmente fatais com um bom conhecimento básico de cuidados paliativos; ou ainda como cuidados paliativos especializados, prestados por equipes especializadas neste tipo de cuidado (GAMONDI; LARKIN; PAYNE, 2013).

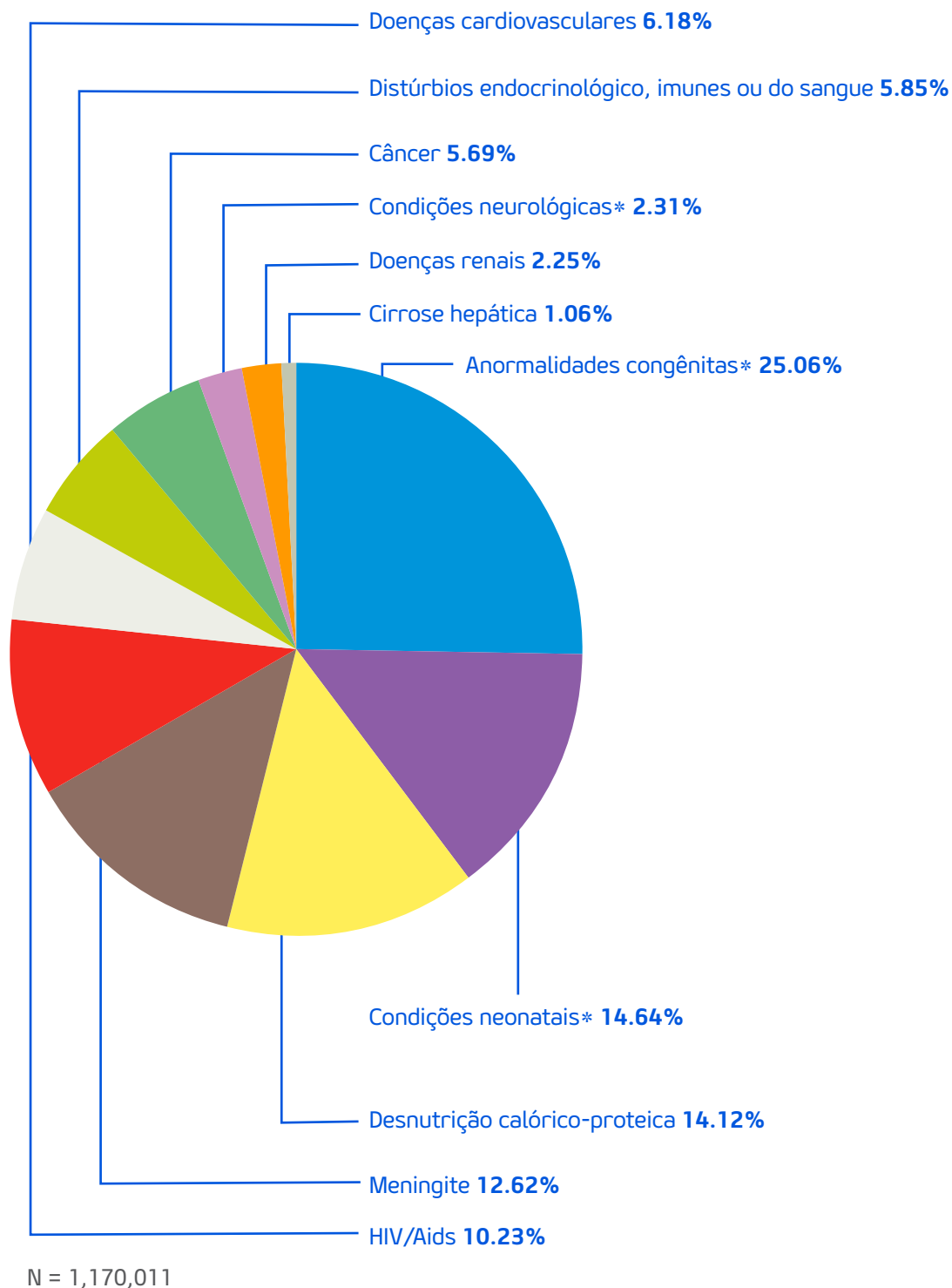
As principais doenças que requerem cuidados paliativos segundo as estimativas globais da OMS no contexto dos adultos (indivíduos com 15 anos ou mais) são doenças cardiovasculares (38%), neoplasias (34%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC – 10%), HIV/Aids (10%) e outras (ver figura 2). Na figura 3 podem ser vistas as principais doenças em crianças (considerando indivíduos até 14 anos) (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

Figura 2. Principais doenças na população adulta do Global Atlas of Palliative Care at the end of life (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).



N=19.228.760

Figura 3. Principais doenças na população infantil do Global Atlas of Palliative Care at the end of life (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).



1.3. Aplicabilidade e Benefícios

O cuidado paliativo visa oferecer cuidados adequados e dignos aos pacientes com e sem possibilidade curativa. Na literatura internacional esse tipo de abordagem é associado de maneira consistente a uma série de benefícios e melhorias; dentre eles pode-se destacar: melhor planejamento prévio de cuidados, melhora da qualidade de vida, redução de sintomas desagradáveis, maior satisfação dos pacientes e do núcleo cuidador e menor utilização do sistema de saúde (KAVALIERATOS et al., 2016).

Outro importante benefício relatado em trabalhos que avaliam o tratamento paliativo é o efeito desse tipo de abordagem nos familiares. Conversar sobre os cuidados de fim de vida e a percepção positiva dos familiares sobre a assistência nessa fase se mostrou um fator protetor para o desenvolvimento de depressão e luto complicado (MIYAJIMA et al., 2014; YAMAGUCHI et al., 2017). Transtornos de saúde mental têm um impacto importante na vida das pessoas e na sociedade. Uma melhor assistência paliativa poderia reduzir potencialmente esse impacto em familiares enlutados.

Estudos mostram que a maioria das pessoas ao redor do mundo preferiria falecer em casa. No entanto, metade falece em hospitais (com grandes variações regionais). Ao mesmo tempo, há indícios na literatura de uso excessivo de medidas agressivas no fim de vida e de um uso aquém do que seria ideal de cuidados paliativos nessa fase (BROWNLEE et al., 2017). Sugerindo, assim, que temos espaço para desenvolver esse tipo de abordagem com potencial de trazer benefícios tanto para os pacientes como para o sistema de saúde, otimizando os recursos e oferecendo uma assistência alinhada com as preferências de cuidados.

Não existe um único local em que se pode realizar cuidados paliativos. O local mais indicado é onde o paciente que necessita deste tipo de cuidado estiver, ou seja, no domicílio, na instituição hospitalar, ambulatório, instituição de longa permanência ou hospice (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014). A qualidade do cuidado e o local onde é realizado também se torna significativo para o processo de luto vivenciado durante o adoecimento e após o falecimento do paciente (MIYAJIMA, et al. 2014).

Compreende-se então que não há tempo ou limite prognóstico para a prestação de cuidados paliativos. É amplamente defendido que estes devem ser prestados na necessidade, e não somente no diagnóstico ou prognóstico como pensado anteriormente. Todo e qualquer indivíduo doente merece ser assistido com qualidade, de acordo com suas necessidades, sendo amparados e tratados em seu sofrimento bem como dos seus familiares. A qualidade de vida e a dignidade humana estão sempre no foco dos profissionais que atuam em cuidados paliativos (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014).

Em 31 de outubro de 2018, o Ministério da Saúde publicou a resolução nº 41, que normatiza a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A resolução propõe, que nas redes de atenção à saúde, sejam claramente identificadas e observadas as preferências da pessoa doente quanto ao tipo de cuidado e tratamento médico que receberá. A resolução define que os cuidados paliativos devam estar disponíveis em todo ponto da rede, na atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência. A partir desta publicação será possível definir diretrizes de cuidado e aprimorar a oferta do cuidado. Veja a resolução número 41 em anexo.

Referências

BERTACHINI, L.; PESSINI, L. Conhecendo o que são cuidados paliativos: conceitos fundamentais. In: BERTACHINI, L.; PESSINI, L (Orgs.) - Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. 1ª ed. São Paulo: Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2011, p. 19-55.

BROWNLEE, S. et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*, v. 390, nº 10090, p. 156–168, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5). Acesso em: 09 abr. 2020.

GAMONDI, C.; LARKIN, P.; PAYNE, S. Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education - Part 2. *European Journal of Palliative Care*, v. 20, nº 3, p. 140–145, 2013. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Core-competencies-in-palliative-care%3A-an-EAPC-white-Gamondi-Larkin/19ae0cb6f15fde949c2444abe2881083c334e92d>. Acesso em: 10 abr. 2020.

KAVALIERATOS, D. et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, v. 316, nº 20, p. 2104–2114, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840> Acesso em: 09 abr. 2020.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (org.). *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 14-19.

MIYAJIMA, K. et al. Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. *Journal of Palliative Medicine*, nº 17, v. 9, p. 1025–1031, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0552>. Acesso em: 10 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Knowledge into Action Palliative Care. *Cancer Control*, 1–42, 2007. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1. Acesso em: 10 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Worldwide Palliative Care Alliance. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, 2014. Disponível em https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 13 abr. 2020.

YAMAGUCHI, T. et al. Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, nº 54, v. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.008>. Acesso em: 13 abr. 2020

Anexo - Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018

Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso II do art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e tendo em vista o disposto no inciso I do art. 32 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 em conformidade com o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 1.083/SAS/MS, de 02 de outubro de 2012 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica;

Considerando o Anexo IX da Portaria de consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Anexo X da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Anexo XI da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

Considerando o Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS);

Considerando o Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS);

Considerando o Anexo XXV da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

Considerando o Anexo XXVIII, Título III, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Anexo XXVIII, Título IV, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Título XI da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que trata das diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS;

Considerando o Anexo IV, Capítulo I da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado;

Considerando o Título IV, Capítulo III, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que trata sobre o atendimento e internação domiciliar;

Considerando o Título V, Capítulo I, da Portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 trata do financiamento do componente básico da assistência farmacêutica;

Considerando o Título V, Capítulo II, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que trata do financiamento do componente especializado da assistência farmacêutica;

Considerando a Resolução CFM nº 1.805/2006 que dispõe que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal;

Considerando a Resolução CFM nº 1.995/2012 que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes;

Considerando a Resolução CFM nº 2.156/2016 que estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva;

Considerando que o Brasil vive um processo de envelhecimento populacional, e que este processo acompanhado do avanço tecnológico da segunda metade do século XX, no campo da medicina e da saúde, modificou a pirâmide etária e aumentou a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em nossa sociedade;

Considerando em 2014 a Recomendação da 67ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde, uma exortação aos seus estados membros para que desenvolvam, fortaleçam e implementem políticas de cuidados paliativos baseadas em evidências para apoiar o fortalecimento integral dos sistemas de saúde, em todos os seus níveis;

Considerando a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 31 de outubro de 2018, resolve:

Art. 1º Dispor sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da RAS.

Art. 2º Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.

Art. 3º A organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos:

I - integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;

II - promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;

III - incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;

IV - fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;

V - ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS;

VI - promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;

VII - ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e

VIII - pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.

Art. 4º Serão princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos:

I - início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;

II - promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores;

III - afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural;

IV - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas;

V - promoção da qualidade de vida por meio da melhoria do curso da doença;

VI - integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;

VII - oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte;

VIII - oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto;

IX - trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;

X - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais;

XI - respeito à autodeterminação do indivíduo;

XII - promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV); e

XIII - esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV (Diretivas Antecipadas de Vontade).

Art. 5º Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, notadamente:

I - Atenção Básica: ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessária;

II - Atenção Domiciliar: as equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o plano terapêutico singular, deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal locus de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível. Será indicada para pessoas que necessitarem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna.

III - Atenção Ambulatorial: deverá ser estruturada para atender as demandas em cuidados paliativos proveniente de outros pontos de atenção da rede;

IV - Urgência e Emergência: os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis; e

V - Atenção Hospitalar: voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência.

Art. 6º Os especialistas em cuidados paliativos atuantes na RAS poderão ser referência e potenciais matriciadores dos demais serviços da rede, podendo isso ser feito *in loco* ou por tecnologias de comunicação à distância.

Art. 7º O acesso aos medicamentos para tratamentos dos sintomas relacionados aos cuidados paliativos,

notadamente opioides, deverá seguir as normas sanitárias vigentes e observar as pactuações entre as instâncias de gestão do SUS.

Art. 8º O financiamento para a organização dos cuidados paliativos deverá ser objeto de pactuação tripartite, observado o planejamento e a organização dos cuidados continuados integrados na RAS.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Gilberto Occhi

Ministro de Estado da Saúde

Leonardo Moura Vilela

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Mauro Guimarães Junqueira

Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

2. Espiritualidade: Como Abordar Esta Importante Demanda

Objetivo: Descrever conceito, importância, avaliação e abordagem da espiritualidade em cuidados paliativos.

2.1. Introdução

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde definiu cuidado paliativo como uma “abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio de sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento impecáveis da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A espiritualidade, portanto, faz parte do cerne da abordagem de cuidados paliativos, conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde. Desta forma, é interessante que esta dimensão do cuidado seja incluída no atendimento de pacientes que se encontram em situação de doença ameaçadora de vida. Viver esta situação pode ser algo transformador e resultar em crescimento, como também pode ser desesperador e angustiante (PUCHALSKI et al., 2020).

Puchalski et al. (2009) sugerem que a espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos deve ser considerada como um sinal vital, ou seja, integrada na rotina de cuidados, abordada como qualquer outra questão médica e inserida no plano de cuidados do paciente.

Há várias barreiras para a abordagem do sofrimento espiritual. Entre elas estão: desconhecimento dos profissionais sobre o conceito de espiritualidade e como abordá-lo, a preocupação em relação a instituir pontos de vista religiosos, além da ideia de que esta abordagem não é importante ou que não faz parte do seu escopo de trabalho (SAPORETTI, 2009; EVANGELISTA et al., 2016).

Espiritualidade é um elemento complexo e multidimensional, intrínseco da experiência humana, que compreende a busca de cada um por sentido na vida e de transcendência (EVANGELISTA et al., 2016; PUCHALSKI et al., 2020). Estudiosos da área definem espiritualidade como “um aspecto intrínseco e dinâmico da humanidade através do qual o indivíduo busca significado, sentido e transcendência, e experimenta a relação consigo mesmo, com a família, com os outros, a comunidade, a sociedade, a natureza e o que é significativo e sagrado. Espiritualidade é expressada através de crenças, valores, tradições e práticas” (PUCHALSKI et al., 2014, p. 646).

Apesar de poder incluir a busca por uma entidade divina, a espiritualidade diferencia-se da religiosidade na medida em que esta envolve, dentro de uma coletividade, a expressão da espiritualidade através de uma organização, com tradições, rituais, crenças, práticas, normas e celebrações em comum (EVANGELISTA et al., 2016; STEINHAUSER et al., 2017; PUCHALSKI et al., 2020).

A espiritualidade diz respeito a uma força interior que motiva a busca por um sentido para a vida como um todo, para uma situação, para a própria história de vida; esta busca pode ocorrer por meio da religião, da arte, da música, de projetos de vida, da filosofia, do contato com a natureza, ou da ajuda àqueles que precisam (CHERNY, 2015; EVANGELISTA et al., 2016; PUCHALSKI et al., 2020). A inspiração para tal significado da vida é único e varia de pessoa para pessoa (CHERNY, 2015).

É, ainda, um recurso que pode ser usado para compreender melhor a si mesmo ou para transcender e ressignificar o sofrimento (EVANGELISTA et al., 2016). É vista como algo que pode ser praticado tanto dentro quanto fora de instituições formais e que propõe a experimentação da vida como algo que é mais do que aquilo que pode ser observada materialmente. Envolve compaixão e conexão com aquilo que transcende, com algo maior do que nós mesmos (CHERNY, 2015; STEINHAUSER et al., 2017).

2.2. Relação entre Espiritualidade e Desfechos em Saúde

Religiosidade, espiritualidade e crenças culturais influenciam na tomada de decisão em saúde e em desfechos de saúde (PUCHALSKI et al., 2020).

Há evidência na literatura, como no estudo prospectivo de Phelps et al. (2009), de que a presença de coping religioso positivo está associada com maior preferência e recebimento de medidas agressivas no final da vida (ventilação mecânica ou ressuscitação na última semana de vida). Na discussão, os autores desse trabalho formulam que esta associação pode estar relacionada com a crença dos pacientes de que Deus possa curar através dessas medidas, que Deus pode intervir milagrosamente enquanto estão submetidas a esse suporte

intensivo, ou ainda que eles se apoiam em Deus para superar essa situação e que isso vem através de algum sofrimento.

Por outro lado, também foi encontrada associação positiva entre pacientes com medidas elevadas de espiritualidade e melhor qualidade de vida (STEINHAUSER et al., 2017; BALBONI; BALBONI, 2019).

2.3. Necessidades Espirituais

Os pacientes podem desenvolver angústias espirituais à medida que a doença progride. Revelam, desta forma, necessidades espirituais que estão relacionadas a ter um significado para a vida e aproveitar o máximo possível o tempo que resta. Buscam ter fé, sentir que viveram a vida de forma completa, procuram ter esperança, perdoar, amar, conectar-se e estar em paz com os outros, com Deus e com o sagrado; ter fé e acreditar (SAPORETTI, 2009; EVANGELISTA et al., 2016; PUCHALSKI et al., 2020).

Boa parte dos pacientes com doença avançada desejam que suas necessidades espirituais sejam levadas em conta pelo seu médico, pois desta forma sentem que suas crenças e desejos são respeitados e que podem ajudá-los no enfrentamento da situação. Querem sentir-se esperançosos, porém de uma forma realista, e que, assim, podem encontrar sentido para o que estão vivendo (PUCHALSKI et al., 2020).

Para aprofundar este tema, sugere-se o Spiritual Needs Assessment for Patients – SNAP (SHARMA et al., 2012), uma ferramenta para avaliação das necessidades espirituais que foi validada para o português (vide Anexo 1), em pacientes oncológicos, incluindo pacientes em cuidados paliativos (TOLLOI et al., 2016).

2.4. Angústia Espiritual

As angústias espirituais mais comuns incluem: desesperança, sentimento de futilidade, falta de sentido, desapontamento, remorso, ansiedade de morte e ruptura da identidade (CHERNY, 2015). Também pode ser identificada como uma dor moral, decorrente da não aderência a alguma prática religiosa ou espiritual (SAPORETTI, 2009).

Pode haver sobreposição entre angústia espiritual e psicológica e a linha entre ambas é muito tênue. Cada paciente vai usar uma forma diferente para expressar seu sofrimento e o profissional deve estar aberto e explorar o que o paciente trás para tentar compreender como ele enxerga seu sofrimento; descobrir qual é a lente que o paciente usa para enxergar/verbalizar como está se sentindo. Além disso, é imprescindível a abordagem de uma equipe multiprofissional, para uma avaliação mais ampla (PUCHALSKI et al., 2020).

O Anexo 2 traz os principais problemas espirituais, respectivas características-chave e exemplos de relatos.

2.5. Como Implementar a Assistência Espiritual

O screening espiritual tem por objetivo avaliar a presença ou ausência de angústia espiritual e identificar aqueles pacientes que necessitam de uma avaliação espiritual mais profunda (BALBONI et al., 2017).

Ferramentas de uma única pergunta podem ser usadas neste screening, como “Você se sente em paz?” (STEINHAUSER et al., 2006). Mako, Galek e Poppito (2006, p. 1108) definiram dor espiritual como “uma dor profunda no seu ser que não é física” e perguntaram para pacientes com câncer avançado se estavam sentindo dor espiritual naquele momento e qual a intensidade dessa dor, de zero (ausência de dor) a 10 (dor excruciante).

Por sua vez, o histórico espiritual é mais detalhado que o screening. A idéia do histórico é permitir, através de perguntas norteadoras, que o paciente compartilhe suas crenças e valores espirituais, religiosos e culturais, identificar recursos de enfrentamento, levantar as necessidades e a característica da espiritualidade da pessoa, apontar problemas espirituais que causem sofrimento ou que influenciam na maneira como o paciente toma decisões. Desta forma, o profissional consegue compreender melhor como paciente vivencia o processo de adoecimento e estabelecer uma relação mais profunda com o doente. (BALBONI et al., 2017; PUCHALSKI et al., 2020).

Dentre as ferramentas que podem ser usadas, há a ferramenta de histórico espiritual FICA, desenvolvida por Puchalski e Romer, e SPIRIT, elaborada por Maugans, que descrevem os elementos-chave que precisam ser abordados (SAPORETTI, 2009). Veja a seguir:

FICA	
Faith (Fé)	Você se considera uma pessoa espiritualizada ou religiosa? Tem alguma fé? Se não, o que dá sentido à sua vida?
Importance (Importância)	A fé é importante na sua vida? Quanto?
Community (Comunidade)	Você faz parte de alguma igreja ou comunidade espiritual?
Address (Abordagem)	Como nós (equipe) podemos abordar e incluir essa questão no seu atendimento?

Fonte: SAPORETTI, L.A. *Espiritualidade em Cuidados Paliativos*. In: OLIVEIRA, R.A. (org.). *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 521-531.

SPIRIT	
Spiritual Belief System (Afiliação religiosa)	Qual é a sua religião?
Personal Spirituality (Espiritualidade pessoal)	Descreva as crenças e práticas de sua religião ou sistema espiritual que você aceita ou não

Integration with spiritual community (Integração em comunidades espirituais ou religiosas)	Você pertence a alguma igreja, templo ou outra forma de comunidade espiritual? Qual é a importância que você dá a isso?
Ritualized practices and restrictions (Rituais e restrições)	Quais as práticas específicas da sua religião ou comunidade espiritual (meditação ou reza)? Quais os significados e restrições dessa prática?
Implications for medical care (Implicações médicas)	Quais desses aspectos espirituais/religiosos você gostaria que eu estivesse atento?
Terminal events planning (Planejamento do fim)	No planejamento do final da sua vida, como sua vontade interfere nas suas decisões?

Fonte: *SAPORETTI, L.A. Espiritualidade em Cuidados Paliativos. In: OLIVEIRA, R.A. (org.). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 521-531.*

A avaliação espiritual é um processo mais complexo e profundo, para ouvir o paciente e compreender melhor os recursos e as necessidades espirituais do paciente e, então, fazer um diagnóstico e plano de cuidado espiritual. Normalmente, é realizada por capelão ou algum profissional com treinamento específico em cuidado espiritual (BALBONI et al., 2017, PUCHALSKI et al., 2020).

2.6. Abordagem da Angústia Espiritual

O sofrimento espiritual poderá ser abordado em três níveis de complexidade: pela equipe, pelo capelão e pelo sacerdote.

Para os casos mais simples, a equipe multiprofissional treinada nessa abordagem suprirá as demandas espirituais por conexão e sentido. A pessoa é convidada a compartilhar sua história e o profissional deve ouvir e explorar o conteúdo, com empatia e compaixão, validando seu sofrimento. Desta forma, o paciente pode sentir algum conforto e assim, gradativamente, ter paz (PUCHALSKI et al., 2020).

Questões mais complexas como necessidade de perdão, falta de conexão com Deus e com outros, angústia existencial intensa, o ideal é referenciar para o capelão (PUCHALSKI et al., 2020).

Sofrimentos relativos a aspectos religiosos específicos, como ritos e dogmas, devem ser referenciados pela equipe ou capelão ao sacerdote daquela tradição.

É importante ressaltar que o sofrimento pode ser amenizado, mas nem sempre será completamente aliviado. Boa parte dos pacientes precisam de alguém que esteja de fato presente para ouvir suas dores e angústias e conseguir desta forma encontrar respostas. Por isso é tão importante que o profissional esteja atento e ouça de forma empática, criando assim um ambiente de confiança em que o paciente consiga expressar suas angústias mais profundas (PUCHALSKI et al., 2020).

Eventualmente o paciente pode solicitar ao profissional para rezar com ele ou participar de algum ritual. O profissional deve responder na maneira que se sentir confortável, lembrando que proselitismo é antiético. Pode-se solicitar que o paciente inicie a oração ou, caso não se sinta confortável, o profissional pode apenas estar presente no recinto, testemunhando o momento (PUCHALSKI et al., 2020).

Outras intervenções que podem ser feitas incluem psicoterapia, como a logoterapia de Victor Frankl ou a terapia da dignidade de Chochinov, além de técnicas de meditação, como o mindfulness (BALBONI et al., 2017), que irão ajudar o paciente no encontro com o seu eu e com o que pode dar sentido para ele.

Referências

BALBONI, M. J.; BALBONI, T. A. Influence of spirituality and religiousness on outcomes in palliative care patients. BLOCK, S. D; GIVENS, J. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/influence-of-spirituality-and-religiousness-on-outcomes-in-palliative-care-patients>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BALBONI, T. A. et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: screening, assessment, and interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 54, n. 3, 2017. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30293-2/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(17)30293-2/fulltext). Acesso em: 10 abr. 2020.

CHERNY, N. I. The problem of suffering and the principles of assessment in palliative medicine. In: CHERNY, N. et al. (edit.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5ª ed. New York: Oxford University Press, 2015. p. 35-48.

EVANGELISTA, C. B., et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, nº 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300591&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 10 abr. 2020.

MAKO, C.; GALEK, K.; POPPITO, S. R. Spiritual pain among patients with advanced cancer in Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, v. 9, nº 5, 2006. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2006.9.1106>. Acesso em: 14 abr. 2020.

PHELPS, A. C. et al. Association between religious coping and use of intensive life prolonging care near death among patients with advanced cancer. *JAMA*, v. 301, nº 11, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2869298/pdf/nihms191900.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

PUCHALSKI, C. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, v. 12, nº 10, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19807235>. Acesso em: 13 abr. 2020.

PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, v. 17, nº 6, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038982/>. Acesso em: 13 abr. 2020.

PUCHALSKI, C. M. et al. Overview of spirituality in Palliative Care. BLOCK S. D.; GIVENS, J. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-spirituality-in-palliative-care>. Acesso em: 10 abr. 2020.

SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em Cuidados Paliativos. In: OLIVEIRA, R. A. (org.). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 521-531.

SHARMA, R. K. et al. The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 44, n. 1, 2012. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00068-1/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(12)00068-1/pdf). Acesso em: 14 abr. 2020.

STEINHAUSER, K. E. et al. "Are you at peace?": one item to probe spiritual concerns at the end of life. *Arch. Intern. Med.*, v. 166, n. 1, 2006. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/409431>. Acesso em: 13 abr. 2020.

STEINHAUSER, K. E. et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 54, n. 3, 2017. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30292-0/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(17)30292-0/fulltext). Acesso em: 10 abr. 2020.

TOLOI, D. A. et al. Validation of questionnaire on the Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP.) Questionnaire in Brazilian Portuguese. *Ecancermedicalscience*. v, 10, n. 694, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5215246/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014. Disponível em https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 13 abr. 2020.

Anexo 1 – Versão Validada para o Português do Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP)

Por favor, escolha a opção que melhor descreve seu nível de necessidade a respeito de como você está lidando com sua doença. Você pode ter necessidades agora ou pode ter necessidades mais tarde. Por favor, responda sobre qualquer necessidade que você tenha agora ou acha que pode ter mais tarde. Se você acha que nunca vai ter a necessidade, por favor, marque "De maneira nenhuma".

O quanto você gostaria de ajuda para:	Muito	Um pouco	Não (muito)	De maneira nenhuma
1. Entrar em contato com outros pacientes com doenças semelhantes?				
2. Alguma atividade de relaxamento ou para diminuição do estresse?				
3. Aprender a lidar com sentimentos de tristeza?				
4. Compartilhar seus pensamentos e sentimentos com pessoas próximas a você?				
5. Preocupações que você tem com sua família?				
6. Encontrar significado na sua experiência com a doença?				
7. Encontrar esperança?				
8. Superar medos?				
9. Meditação (pessoal) ou prática de orações?				
10. Seu relacionamento com Deus ou algo além de você?				
11. Ficar mais próximo de uma comunidade que compartilhe de suas crenças espirituais?				
12. Lidar com qualquer sofrimento que você esteja passando?				

Por favor, responda sobre qualquer necessidade que você tenha agora ou acha que pode ter mais tarde.

O quanto você gostaria de ajuda para:	Muito	Um pouco	Não (muito)	De maneira nenhuma
13. O significado e propósito da vida humana?				
14. O morrer?				
15. Encontrar paz de espírito?				
16. Resolver disputas antigas, mágoas ou ressentimentos entre familiares ou amigos?				
17. Encontrar perdão?				
18. Tomar decisões sobre seu tratamento médico que estejam de acordo com suas crenças espirituais e religiosas?				

O quanto você gostaria de ajuda para:	Muito	Um pouco	Não (muito)	De maneira nenhuma
19. Visitas de um líder religioso da sua própria comunidade religiosa?				
20. Visitas de um pastor/padre do hospital?				
21. Visitas de membros de sua comunidade religiosa?				
22. Algum ritual religioso como cânticos, acender velas ou incensos, unção, comunhão ou oração ou passe?				
23. Alguém trazer para você textos espirituais com a Bíblia, Evangelho segundo o Espiritismo, Torah, Alcorão (Corão), Analectos de Confúcio ou O Livro Tibetano dos Mortos?				

Fonte: TOLOI, D.A. et al. Validation of questionnaire on the Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP) questionnaire in Brazilian Portuguese. *Ecancermedicalscience*, v. 10, n. 694, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5215246/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

Anexo 2 – Problemas Espirituais, Características-Chave e Exemplos de Fala

Problema espiritual/ Diagnóstico	Característica-chave	Exemplo de fala
Preocupação existencial	Falta de sentido Questões sobre a própria existência Preocupação com o que existe após a morte Questionar o motivo do sofrimento Procura por ajuda espiritual	“Eu me sinto inútil” “Minha vida não tem sentido” “Pra que continuar vivendo?”
Sentimento de ter sido abandonado por Deus ou outros	Solidão Não ser lembrado Nenhum senso de parentesco	“Deus me abandonou” “Ninguém mais vem me visitar” “Estou tão sozinho”
Raiva direcionada para Deus ou outros	Incapacidade para perdoar Direciona raiva para entidade religiosa	“Por que Deus levou meu filho, isso não é justo...” “Por que justo eu fui ficar doente, nunca fiz nada de errado?”
Preocupação com a relação com a deidade	Desejo de relação mais profunda, de estar mais perto de Deus	“Quero ter uma relação mais profunda com Deus” “Quero entender melhor minha espiritualidade”

Problema espiritual/ Diagnóstico	Característica-chave	Exemplo de fala
Conflito com suas crenças	<p>Questiona ou expressa conflito sobre suas crenças</p> <p>Conflito entre crenças e tratamento recomendado</p> <p>Questiona implicação moral ou ética do tratamento recomendado</p> <p>Expressa preocupação com a vida/morte</p>	<p>“Eu não tenho mais certeza de que Deus ainda está comigo”</p> <p>“Eu agora questiono tudo o que tinha significado para mim anteriormente”</p> <p>“Não adianta eu rezar, nada vai mudar”</p>
Aflição, desesperança	<p>Desesperança sobre a vida, sobre o futuro</p> <p>Sem esperança sobre o sentido da vida</p> <p>Desespero como desesperança absoluta</p>	<p>“Não tenho mais nada pelo que viver”</p> <p>“Minha vida foi encurtada”</p> <p>“Eu vou morrer mesmo”</p>
Luto/perda	Sentimento associado a perda de ente querido, de algum relacionamento, de saúde	<p>“Eu gostaria de poder voltar a andar”</p> <p>“Eu sinto tanto a falta de alguém”</p>
Culpa/vergonha	Sentimento de que fez algo errado ou ruim	<p>“Eu não mereço morrer sem dor”</p> <p>“Eu preciso sentir dor para expiar os meus pecados”</p>
Reconciliação	Necessidade de perdão ou reconciliação de alguém ou de si mesmo	<p>“Eu gostaria que minha esposa me perdoasse”</p> <p>“Eu preciso ser perdoado pelo que fiz”</p>
Isolamento	Estar isolado de sua comunidade religiosa	“Eu não consigo mais ir até a igreja que frequento”
Especificidades da religião	Incapacidade para realizar as práticas religiosas	“Eu não consigo mais rezar”
Angústia espiritual ou religiosa	<p>Falta de fé ou de sentido</p> <p>Crença religiosa ou espiritual ou comunidade que não colabora com lidar com a doença</p>	<p>“E se tudo em que eu acredito não for verdade?”</p> <p>“As pessoas dizem que eu preciso rezar para melhorar”</p>

Adaptado de: PUCHALSKI, C. et al. *Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. Journal of Palliative Medicine*, v. 12, n. 10, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19807235>. Acesso em: 13 abr. 2020.

3. Cuidando de Quem Cuida: Considerações para a Equipe de Saúde

Objetivo: Promover reflexões a respeito do funcionamento de autocuidado e de cuidados em equipe de saúde.

3.1. O Cuidado e o Cuidador

Precisamos de segurança e cuidado desde que nascemos e estas necessidades permanecem durante toda a nossa vida; em alguns momentos mais, quando estamos muito vulneráveis ou em perigo, e em outros menos (PETERSEN; KOEHLER, 2005).

Toda relação de cuidado envolve disponibilidade (física e emocional), identificação de necessidade e prazer. Tem pessoas que têm mais facilidade em identificar e expressar suas necessidades. Se não sabemos identificar e expressar o que precisamos, dificilmente saberemos pedir ajuda e é neste ponto que a exaustão profissional aparece, quando falamos especificamente de profissionais de saúde. Não sabemos pedir ajuda, ou parece que pedir ajuda é errado.

Ao escolhermos o hospital ou outros cenários da saúde como ambientes de trabalho, escolhemos também, talvez sem tanta clareza, lidar com experiências que escancaram a vulnerabilidade ao nos mantermos tão próximos de um contexto permeado por sofrimentos de diversas naturezas e com a finitude. Ao mesmo tempo que para o profissional essa experiência pode fazer com que ele se sinta vivo e satisfeito, por poder fazer algo, também o aproxima da própria vulnerabilidade e impotência (KOVÁCS, 2011).

Essa satisfação relacionada ao cuidado, que promove o conforto para o paciente, é um dos aspectos que regula positivamente o profissional na sua atividade laboral: quando ele tem alta o profissional se sente mais confiante no seu trabalho, reforçando o sentido de estar lá todos os dias. Porém, o cuidado deve ser sempre o balizador e reforçador do trabalho na saúde, pois a permanência da realização dos cuidados com qualidade e a disponibilidade do profissional durante toda a trajetória de adoecimento e finitude, com respeito aos valores do paciente, validando sua dignidade, é o que tem real importância. Desta forma, quando a morte, processo natural, se fizer presente, não será experimentada com desespero e desamparo pelo paciente e familiares e nem será vivenciada pelo profissional de saúde como uma derrota (VOLICH, 2004).

Para existir um cuidado efetivo e conexão com as necessidades do paciente, são necessárias mais atitudes que palavras; não basta falar que faz ou entende, é importante agir (HUGHES, 2011):

- Aceitando a história do indivíduo com os sentimentos e as dificuldades que ele possui;
- Tendo curiosidade e interesse para saber o que ele te conta, afinal ele é quem conhece bastante o próprio corpo e a própria história. Não podemos pressupor respostas;

- Sendo empático;
- Aprendendo a ouvir, acolher e respeitar valores dos pacientes/familiares que sejam diferentes dos seus como profissional;
- Expressando emoções de maneira suave e conectada, buscando prazer na relação com o cuidado.

3.2. O que o Cuidar Desperta no Profissional de Saúde

No entanto, é importante o profissional de saúde notar o que o paciente atendido, o seu processo de adoecimento e os cuidados que ele demanda despertam no próprio profissional. Perceber se sente raiva, pouca vontade de estar com ele, prazer e/ou satisfação em cuidar. Um bom cuidado necessita também de inteligência emocional, que é saber o que sente e como melhorar isso. Por tal motivo, as instituições devem incluir capacitações profissionais não só a nível técnico como também a nível emocional, estimulando o autoconhecimento e reflexões da sua própria história de vida (KOVACS, 2003).

O profissional é visto pelo paciente e por sua família como aquele que irá reestabelecer a segurança e a saúde, diminuindo a sensação de vulnerabilidade e sofrimento experimentadas, por ser uma presença mais forte, estruturante e reguladora. Buscam no profissional uma relação genuína, empática, contínua, estável e disponível. Porém, frente a doença terminal e a proximidade com a finitude, o paciente e familiares tendem a ficar mais inseguros e demandando ainda mais do profissional, o que gera uma grande sobrecarga física e emocional, podendo interferir diretamente na disponibilidade deste profissional para esta relação de cuidado, principalmente se este não percebe esta sobrecarga (MILBERG et al., 2012).

3.3. Reasseguramento do Cuidador

Assim, se o paciente e o familiar se reasseguram com o profissional, ou seja, buscam o profissional para se sentir seguro, quem vai dar apoio ao profissional quando este se sente ameaçado, impotente e frágil diante de sua tarefa de cuidar?

É claro que o profissional é o maior responsável pelo seu autoconhecimento, sua autocrítica e autocuidado, porém existem algumas ferramentas de reasseguramento que serão descritas a seguir (KOVACS, 2011):

- **Conhecimento técnico – manter atualização profissional e buscar aprimoramento. A fundamentação técnica propicia um melhor cuidado.**
- **Conhecer a própria história – pensar quantas situações difíceis, de adoecimento e de morte viveu na própria vida, estimular reflexões sobre como as enfrentou e como elas afetam até o momento. Entender que esta foi e é a sua maneira de enfrentar algumas situações, porém não será igual para o paciente nem para a família.**

- Reconhecimento da cultura e significado da morte para si, para o paciente e o familiar sem críticas ou julgamentos. As diferentes crenças podem trazer conflitos se não forem respeitadas.
- Equipe – a equipe de trabalho pode ser fonte de grande suporte. Uma relação de confiança e troca tanto na tomada de decisões e condutas técnicas quanto no compartilhamento de sentimentos difíceis que surgem no processo de cuidado é ideal. Podem ser organizadas reuniões técnicas frequentes para discutir condutas de cuidados de casos mais difíceis e em outro momento reuniões de suporte e apoio emocional entre a equipe. Um membro da equipe pode organizar a reunião de apoio e este lugar deve ser ocupado por todos os profissionais em algum momento. A tarefa é apenas ser o movimentador dos conteúdos, puxar comentários sobre os casos que foram percebidos como aqueles que mais mobilizaram a equipe durante a semana ou situações em que toda a equipe experimenta uma sensação de fracasso e desamparo perante um cuidado realizado.
- A aproximação afetiva entre as pessoas da equipe permite adequada intimidade para observar quando o colega está sobrecarregado e manifestar sinais de exaustão física ou emocional. Essa conexão e cumplicidade permite a aproximação e o questionamento para verificar se ele precisa conversar um pouco ou gostaria de outro tipo de ajuda.
- Falar sobre o luto – os profissionais de saúde reconhecerem os lutos vividos durante o seu trabalho é saudável. Alguns lutos vividos e não reconhecidos são: o luto pela morte do paciente, pela relação estabelecida com ele e com os familiares.
- Manter constante o exercício de não entrar em um funcionamento automático de cuidado – isso ajudará a não cair em um nível alto de estresse e colapso. Com frequência, pode-se ter condutas de cuidados automatizadas como na realização de higiene do paciente. O que para o paciente/familiares são momentos únicos e de compartilhamento de intimidades, que podem ser inclusive desconfortáveis, para o profissional é apenas técnico e já foi realizado outras vezes com outros pacientes no mesmo dia.
- Lembrar qual o objetivo do cuidado: promover controle da situação e adaptação ao adoecimento gerando menos desconforto (físico e emocional) para o paciente frente a finitude. É curar? Controlar sintoma? Proteger de sofrimentos? Como se sentir atuante quando o resultado não é a cura e sim o cuidado? Se estamos alinhados ao nosso propósito de cuidado diminuimos a insatisfação e a frustração.
- Avaliar constantemente a sua disponibilidade emocional para o cuidado. Não podemos cuidar bem se não estivermos disponíveis, porém esta disponibilidade nos torna vulneráveis. Por exemplo: se eu estou prestando cuidados a uma paciente com diagnóstico de câncer de pâncreas e recentemente perdi uma pessoa que amava também por conta de um câncer de pâncreas, muito provavelmente a minha disponibilidade emocional estará comprometida, e é digno eu solicitar ajuda ou substituição do cuidado para aquele paciente, até que emocionalmente eu esteja mais fortalecido.
- Observar como o paciente solicita cuidado. Tendemos a acreditar que o paciente que não questiona ou que demanda pouco, está bem. Mas, às vezes, o silêncio e o afastamento também são um pedido de cuidado, apesar dos pedidos mais frequentes serem os verbais, o aumento da demanda e o choro.

- Atenção a disponibilidade em cada encontro – se planeje para cada encontro com o paciente. Se tiver um tempo reduzido, comunique isso ao paciente e esteja presente no tempo que estiver com ele e caso seja necessário, retorne em um outro momento com mais tempo. Isso ajuda o paciente a se organizar com as demandas que ele tem para você.
- Como reagir à raiva, comportamentos agressivos ou a reatividade do paciente? Algumas vezes, por medo ou revolta com a aproximação da morte, os pacientes podem ser rudes e grosseiros. Estes comportamentos não podem ser aceitos nem permitidos, mas eles sinalizam que emocionalmente algo está muito difícil para o paciente. Ao invés de reagir, por inicialmente acreditar que é algo direcionado a você, deve-se pontuar a emoção dele: “Percebi que o sr.(a) está bastante irritado hoje. Algo o desagradou? Estou aqui para cuidar de você”.

O objetivo é evitar:

- Perda de sentido no cuidar e distanciamento;
- Sensação de não reconhecimento no trabalho;
- Isolamento emocional no trabalho (não compartilhar sentimentos);
- Sobrecarga física (cefaleia, insônia etc.) e emocional (irritabilidade, humor deprimido, ansiedade, desinteresse);
- Reações intensas ao estresse;
- Absenteísmo;
- Despersonalização;
- Diminuição da realização pessoal.

3.4. Aprimorando o Cuidado

A melhor forma para aprimorar o nosso cuidado é nos atualizando tecnicamente e nos cuidando. Precisamos incluir na rotina do dia atividades que nos proporcionem prazer, bem-estar e nos conectem com as pessoas e com o que é importante para cada um de nós.

Reconhecer e validar a possibilidade de oscilar; transitar entre fadiga e satisfação atrelada ao cuidado, é saudável e um ponto importante para a regulação emocional. A existência de dias mais otimistas e extrovertidos, com maior energia, em que se sente prazer no que é realizado, e dias de maior recolhimento, em que há um sentimento de tristeza e irritação, em que o propósito do cuidado é ofuscado pela exaustão é natural. A armadura do pensamento positivo, em que se está sempre sorrindo e pronto para qualquer situação não deve ser colocada, pois é anti-humana. Paradoxalmente reconhecer a própria vulnerabilidade é o que permite identificar os recursos

e potências para lidar com a escolha de trabalhar na área da saúde como um todo ou mais especificamente nos cuidados paliativos JAMIESON et al., 2010; LAGO; CODO, 2010).

Perceber o que nos faz bem e buscar reservar momentos para isso é fundamental. Não há uma fórmula única de atividades para atingir qualidade de vida, cada pessoa tem que buscar o que lhe faz bem. Algumas pessoas se revigoram fazendo atividades físicas, outras não sentem prazer nisso. Algumas pessoas se sentem bem ouvindo música, assistindo filmes, lendo livros e para outras isso não tem grande importância. Algumas gostam de atividades manuais (artesanato, costura, desenhar). Muitas se nutrem em momentos sociais (estar com a família, encontrar com amigos). Outras têm a fé como importante recurso. Estas são algumas entre outras tantas possibilidades.

É importante aprender a se escutar e se respeitar. Olhar ao redor e construir um senso de equipe entre os colegas, de forma que pedir e oferecer ajuda passem a fazer parte da cultura de trabalho e que exista um ambiente de aprendizado em conjunto. A atualização profissional é um grande redutor de angústias, pois propicia maior confiança no trabalho executado.

Referências

HUGHES, D. A. Attachment: Focused Family Therapy. Workbook. 2011.

JAMIESON, L. et al. The stress of professional caregivers. HANKS, G; CHERNY, N. I.; CHRISTAKIS, N. A.; FALLON, M.; KAASA, S.; PORTENOY, R.K. (ed.). Oxford textbook of palliative medicine. 4ª. ed. Oxford: Oxford University Press, 2010. p. 1445-1452.

KOVACS, M. J. Cuidando do cuidador profissional. BERTACHINI, L.; PESSINI, L. (orgs.) Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Paulinas, Centro Universitario São Camilo, 2011. p. 71 -103.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP; 2003.

LAGO, K.; CODO, W. Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde. Petrópolis: Vozes, 2010.

MILBERG, A. et al. What is a “secure base” when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients’ and Family members’ experiences of palliative homecare. Psychooncology, v. 21, nº 8, p. 886-895; 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21557383>. Acesso em: 09 abr. 2020.

PETERSEN, Y.; KOEHLER, L. Application of attachment theory for Psychological support in palliative medicine during the terminal phase. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16508319>. Acesso em: 9 abr. 2020.

VOLICH, R. M. O cuidar e o sonhar. Por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (orgs.). Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: EDUNISC-Edições Loyola, 2004.

4. Aspectos Ético-Jurídicos da Palição

Objetivo: Descrever aspectos ético-jurídicos a respeito da prática dos Cuidados Paliativos

4.1. Ponderações sobre a Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina e a discussão jurídica desencadeada por esta

A prática de cuidados paliativos costuma suscitar uma série de dilemas éticos e também inseguranças do ponto de vista jurídico nos profissionais. Neste capítulo vamos abordar o que há de respaldo ético-jurídico estabelecido para essa prática no Brasil. Consulte o capítulo “Considerações sobre a proporcionalidade de medidas invasivas de suporte de vida e seus conflitos” para uma abordagem mais prática de como tomar a decisão de palição.

Em 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a resolução 1.805, que diz: “É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006), que equivale, portanto, à permissão de realização da ortotanásia. Em anexo a este capítulo encontra-se a resolução completa.

A partir disso, iniciou-se uma discussão a respeito da prática de cuidados paliativos e se, ao entender a morte como processo natural e não intervir para postergá-la, o profissional estaria fazendo algo equivalente à eutanásia¹.

Em 2007, o Ministério Público ajuizou uma Ação Civil Pública² em face do CFM, pleiteando o reconhecimento da nulidade dessa resolução, sob justificativa de que: (i) o CFM não poderia reconhecer um crime como conduta ética (considerando que a resolução dizia respeito à eutanásia e não à ortotanásia); (ii) o direito à vida é indisponível e, portanto, só poderia ser restringido por lei (devidamente votada pelo Congresso Nacional), não por ato do CFM, e (iii) que, no contexto socioeconômico brasileiro, a ortotanásia poderia acabar sendo utilizada de forma indevida. O CFM contestou a ação apresentando, entre outros argumentos, o de que “a ortotanásia, situação em que a morte é evento certo, iminente e inevitável, está ligada a um movimento corrente na comunidade médica mundial denominado Medicina Paliativa, que representa uma possibilidade de dar conforto ao paciente terminal que, diante do inevitável, terá uma morte menos dolorosa e mais digna”.

Antes que a ação fosse efetivamente julgada, ocorreu a troca do representante do Ministério Público responsável pela condução do processo, e o próprio Ministério Público, em suas alegações finais, também requereu

¹ Prática interpretada pelos tribunais brasileiros como crime homicídio privilegiado, ou seja, homicídio cometido por motivo de relevante valor social ou moral, punível com reclusão de um a dezessete anos.

² Ação Civil Pública é o remédio constitucional atribuído ao Ministério Público para proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos. A Ação Civil Pública aqui mencionada foi identificada como Processo nº 0014718-75.2007.4.01.3400, e pode ser consultada no site do Tribunal Regional Federal.

a improcedência da ação. Nesse sentido, em 2010, a ação foi julgada improcedente e foram reestabelecidos os efeitos da Resolução 1.805/2006 do CFM que, até então, estavam suspensos em razão da decisão liminar³ proferida em 2007. De forma que, atualmente, há uma decisão judicial definitiva⁴ reconhecendo a validade da resolução 1.805/2006 do CFM.

Seguem abaixo, resumidamente, as premissas, apontadas pelo Ministério Público, que balizaram a sentença que julgou improcedente a ação (BRASIL, 2010):

- 1) o CFM tem competência para editar a Resolução nº 1805/2006, que não versa sobre direito penal e, sim, sobre ética médica e consequências disciplinares;
- 2) a ortotanásia não constitui crime de homicídio, interpretado o Código Penal à luz da Constituição Federal;
- 3) a edição da Resolução nº 1805/2006 não determinou modificação significativa no dia-a-dia dos médicos que lidam com pacientes terminais, não gerando, portanto, os efeitos danosos propugnados pela inicial;
- 4) a Resolução nº 1805/2006 deve, ao contrário, incentivar os médicos a descrever exatamente os procedimentos que adotam e os que deixam de adotar, em relação a pacientes terminais, permitindo maior transparência e possibilitando maior controle da atividade médica;
- 5) os pedidos formulados pelo Ministério Público Federal não devem ser acolhidos, porque não se revelarão úteis as providências pretendidas, em face da argumentação desenvolvida” (p. 3).

Assim, partindo da premissa de que a Resolução 1.805/2006 do CFM é válida e, portanto, do ponto de vista jurídico, a ortotanásia não se confunde com a eutanásia, passamos ao paralelo entre os conceitos de ortotanásia e de omissão de socorro⁵.

No livro “Conflitos bioéticos do viver e do morrer” editado pelo CFM (disponível para download no site do referido conselho) há um interessante capítulo escrito pelo Juiz José Henrique Rodrigues Torres que discute o tema da omissão de socorro (TORRE, 2011). Nos cuidados paliativos, o autor (médico) não pratica ação, ele não mata o doente (que seria o caso da eutanásia). Ele apenas o deixa morrer. Caracterizaria isso omissão?

“Só responde pelo delito comissivo por omissão quem tem o dever, legal ou jurídico, de agir para impedir o resultado e, podendo fazê-lo, omite-se” (p. 174) (grifo nosso).

A “possibilidade de ação para impedir o resultado”, mencionada pelo Juiz José Henrique Rodrigues Torres, exige um quadro com esperada reversibilidade e possível transitoriedade. Ao avaliarmos a Resolução nº 1.805/2006 do CFM vemos que ela claramente se refere ao doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, isto é, onde não há reversibilidade do quadro. Desse modo, permitir a morte digna de um enfermo em fase terminal de doença incurável, garantindo-lhe os cuidados paliativos, não caracteriza omissão.

3 Decisão temporária, proferida antes da análise completa do caso apresentado para julgamento, para garantia dos direitos que se busca tutelar na ação. A análise completa ocorre após ampla manifestação de ambas as partes, respaldada em provas periciais, documentais ou testemunhais, entre outras.

4 A sentença transitou em julgado em 2011, ou seja, como o Ministério Público e o CFM não entraram com recursos contra a decisão proferida pela 14ª Vara do Tribunal Regional Federal da 1ª Região essa decisão passou a ser definitiva, sem apreciação do segundo grau ou dos tribunais superiores.

5 Crime previsto no artigo 135 do Código Penal Brasileiro.

O Juiz José Henrique Rodrigues Torres resume a discussão da seguinte maneira: “No caso do doente terminal, em face a doença incurável, os aparelhos de suporte são ligados ou mantidos não para evitar a morte, que é inevitável, irreversível e inexorável, mas, sim, para manter a vida artificialmente. A vida, nessa situação, mantida por aparelhos (ventilação assistida, reanimadores, tratamento em UTI), não é um dado da realidade, mas mero artifício. O médico não pode evitar a morte. A situação é irreversível e não é transitória. Os procedimentos e tratamentos não têm sentido curativo. Portanto, não há dever de manutenção desses procedimentos e não se pode dizer que o médico deu causa a morte do paciente quando os suspendeu ou limitou” (TORRE, 2011, p. 175).

Do ponto de vista ético, se não há benefício esperado, não há justificativa para prover determinado tratamento e ao suspender medidas invasivas ou deixar de adicioná-las o médico prevê a morte, mas não a tem como objetivo (TORRE, 2011).

Por outro lado, o Juiz Torres complementa dizendo que “o médico que insistir em manter tratamento ou qualquer procedimento inócua, artificioso, postiço e gravoso para o doente terminal acometido de doença incurável, impondo-o, assim, à dor e ao sofrimento contrariando a vontade do paciente ou de seu representante legal, estará praticando a censurável distanásia e também estará sujeito a responder no âmbito da responsabilidade civil e criminal, pelas lesões corporais (...), pelo constrangimento ilegal (...), pela tortura e pelo tratamento cruel que impuser ao paciente” (TORRE, 2011, p. 175).

Desse modo, é possível afirmar que a ortotanásia, desde que realizada dentro dos limites autorizados pela Resolução nº 1.805/2006 do CFM, não é considerada uma omissão de socorro. Uma vez compreendida a ortotanásia e sua validade jurídica, passemos à análise da forma de executá-la: os cuidados paliativos, e vejamos como esse ramo da medicina, propriamente dito, tem sido regulamentado:

Após a publicação da Resolução nº 1.805/2006 do CFM, e antes mesmo da declaração de validade da referida resolução, em julho de 2010 o Código de Ética Médica (disponível para download no site do respectivo conselho) foi revisto e passou a incluir os trechos a seguir (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019):

“Capítulo I – Princípios Fundamentais

(...) XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados” (p.17 – grifo nosso).

“Capítulo V – Relação com pacientes e familiares

(...) Art. 41. – É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal” (p. 28 – grifo nosso).

Em 2018, após nova revisão, foram mantidos os artigos supracitados e foi incluída no texto do Código de Ética Médica, nova menção aos cuidados paliativos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019):

“Capítulo V – Relação com pacientes e familiares

(...) Art. 36. – É vedado ao médico abandonar paciente sob seus cuidados.

(...) § 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos” (p. 28).

4.2. Ponderações sobre a Legislação Brasileira

Embora ainda não haja legislação específica, em sentido estrito, sobre cuidados paliativos no Brasil, existem normas que, por interpretação histórico-evolutiva, sistemática e teleológica, justificam e impõem a necessidade dessa prática, quais sejam:

- Constituição Federal – Capítulo I, artigo 1º “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (...) III - a dignidade da pessoa humana” (BRASIL, 1988)
- Constituição Federal – Capítulo I, artigo 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...) III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante(...)” (BRASIL, 1988) (grifo nosso).
- Código Civil Brasileiro – Capítulo II, artigo 15: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2002).
- Em São Paulo existe a Lei Estadual 10.241/99, artigo 2º: “são direitos dos usuários do serviço de saúde no Estado de São Paulo: “I - ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso (...); VII - consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados; XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida” (SÃO PAULO, 1999).

Além dessas normas, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990⁷, que criou o Sistema Único de Saúde – SUS, estabelece que as decisões a respeito do conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelo Poder Público compete aos gestores do SUS (Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde estaduais e municipais), e devem ser definidas por meio de normas expedidas em conjunto por esses gestores, a fim de manter a unicidade do SUS.

6 O conceito de dignidade da pessoa humana está diretamente relacionado à garantia legal dos cuidados paliativos. Podemos descrevê-lo brevemente mencionando o imperativo categórico de Kant: “tratar a humanidade como um fim em si implica o dever de favorecer, tanto quanto possível, o fim de outrem. Pois sendo o sujeito um fim em si mesmo, é preciso que os fins de outrem sejam por mim considerados também como meus.” (KANT, 2005, p. 35).

7 Disponível on-line em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Como resultado do exercício dessa competência, foi editada a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018⁸, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a serem ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde.

A referida Resolução define, em seu artigo 2º, como cuidados paliativos “a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.

Em consonância com o princípio da dignidade da pessoa humana, o texto do artigo 4º da Resolução 41/2018 do Ministério da Saúde, elenca, dentre outros, os seguintes princípios norteadores para organização dos cuidados paliativos: (i) a afirmação da vida e a aceitação da morte como um processo natural; (ii) a aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas; (iii) a comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvam pacientes, familiares e profissionais; (iv) o respeito à autodeterminação do indivíduo; a promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV)⁹ e o esforço coletivo no seu cumprimento.

Por fim, vale destacar que a matéria é objeto de diversos Projetos de Lei (PL) em tramitação no Congresso Nacional¹⁰, como: PL 352, 2019, que dispõe sobre o consentimento informado e instruções prévias de vontade sobre tratamento de enfermidade em fase terminal de vida e PL 3002/2008, que regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro.

4.3. Ponderações Éticas

É indiscutível que o avanço tecnológico na área da saúde trouxe vantagens, porém diante das enfermidades crônicas, incuráveis, em especial na sua fase avançada, é preciso refletir sobre que tipo de atendimento é importante para alguém com uma expectativa de vida limitada (ANDRADE, 2011). Assim, quaisquer decisões envolvendo questões éticas em saúde devem ser precedidas da análise dos Princípios da Bioética¹¹, elencados a seguir:

- **Autonomia:** garantir o direito do paciente esclarecido a participar de decisões a respeito do seu plano de cuidados.
- **Beneficência:** maximizar o bem que se pode fazer ao paciente.

8 Disponível online em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710.

9 Em 2012, o CFM publicou a resolução 1995/2012 sobre Diretivas Antecipadas de Vontade que são o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade que complementa essa discussão (BRASIL, 2012). Para mais informações sobre este assunto, verificar protocolo específico de diretivas antecipadas de vontade.

10 Os Projetos de Lei mencionados encontram-se pensados e aguardam apreciação da comissão de finanças e tributação.

11 Os princípios da autonomia, da beneficência e da justiça surgiram com o Relatório de Belmont, publicado em 1978, pela Organização Mundial da Saúde, como resposta aos experimentos antiéticos de medicina realizados ao longo da 2ª Guerra Mundial. O princípio da não maleficência nasceu apenas em 1979, com a publicação de Princípios da Ética Biomédica, pelo filósofo Tom Beauchamp e pelo teólogo James Childress.

- Não maleficência: não causar danos, não fazer o mal.
- Justiça: tratar o outro de maneira justa utilizando os recursos de forma equitativa.

O paternalismo, em que o médico decidia exclusivamente sobre o tratamento, cedeu espaço para a autonomia, em que o desejo do paciente é prioridade desde que não desrespeite o código de ética médica. Na atenção aos pacientes terminais, em cuidados paliativos, existem cinco princípios relevantes (FROMME, 2020):

- Princípio da veracidade – a verdade fundamenta toda relação de confiança e possibilita a participação ativa do paciente e seu representante de saúde. O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente e ao familiar (representante legal) quais modalidades terapêuticas são indicadas para cada situação e registrar todas em prontuário. Caso seja necessário, é assegurado ao paciente e representante legal a solicitação de uma segunda opinião (sugere-se a leitura dos protocolos de comunicação de más notícias e cerco do silêncio para maior entendimento sobre como realizar esta abordagem).
- Princípio da proporcionalidade terapêutica - obrigação moral na implementação de todas as medidas terapêuticas que tenham uma relação adequada entre os meios empregados e resultados previsíveis.
- Princípio do duplo efeito – sintomas desconfortáveis e de difícil controle podem aparecer em pacientes com doenças avançadas, sendo necessária a utilização de drogas que potencialmente podem produzir um efeito colateral negativo. A questão é proporcionalizar o desejável alívio do sintoma e o possível efeito colateral. Tal situação deve ser compartilhada com o paciente e seu representante legal.
- Princípio da prevenção – o foco está na prevenção de complicações e sintomas que podem aparecer devido à característica da evolução da doença.
- Princípio do não abandono – mesmo em situação de recusa o paciente não pode ser abandonado. O paciente pode recusar alguma terapêutica específica e o médico deve permanecer ao seu lado fornecendo o conforto necessário e auxiliando no esclarecimento da decisão tomada. Mesmo que não seja possível curar, é possível prover cuidados, não sendo assim uma opção o abandono.

Trabalhar as questões éticas na saúde possibilita tomadas de decisões mais coerentes em cenários delicados como no diagnóstico, prognóstico, nas diretivas antecipadas de vontade, no planejamento de cuidados, conflitos de valor, sedação paliativa e proporciona mais segurança na atuação do profissional de saúde. Em nenhum momento a abordagem de cuidados paliativos pode ser entendida como omissão de socorro ou facilitação para a eutanásia.

O absoluto respeito à vida humana traz o dever de cuidar e de zelar pelo bem-estar do paciente e seus familiares. Isto inclui não só a avaliação adequada dos tratamentos como também a escolha do local em que este tratamento será realizado (domicílio, hospital, unidade de cuidados paliativos) e quem irá realizar (familiares, cuidadores formais ou equipe institucional). Proporcionar cuidado e alívio do sofrimento para o paciente e sua família diante da terminalidade devem ser os objetivos do cuidado nessa fase (SMITH, 2019). Assim se forma o grande desafio de compreender a complexidade da vida e da morte, reconhecer a impotência técnica diante da morte e saber conduzir e compartilhar a experiência da finitude do paciente com dignidade e respeito aos valores dele.

Referências

ANDRADE, E. O. A ortotanásia e o direito brasileiro: a resolução CFM nº 1.805/06 e algumas considerações preliminares à luz da legislação brasileira. In: BERTACHINI, L. PESSINI, L. (orgs.) *Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. – 1ª ed. – São Paulo: Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2011.

BOBBIO, Norberto. O positivismo jurídico: lições de Filosofia do Direito. Compiladas por Nello Morra; tradução e notas por Márcio Pugliesi, Edson Bini e Carlos E. Rodrigues. Coleção elementos de Direito. São Paulo: Ícone, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. Código Civil (2002). Código civil brasileiro e legislação correlata, 2. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008.

BRASIL. Seção Judiciária do Distrito Federal. Ação civil pública com pedido de antecipação de tutela ajuizada pelo MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL contra o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA pleiteando o reconhecimento da nulidade da Resolução CFM n. 1.805/2006 e alternativamente sua alteração a fim de que se definam critérios a serem seguidos para a prática da ortotanásia. Ação civil pública julgada improcedente. Relator: Roberto Luis Luchi Demo. Brasília, 1º de dezembro de 2010, sentença. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>. Acesso em: 18 maio 2020.

CONSEHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica - Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1805 de 28 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou do seu representante legal. Conselho Federal de Medicina, 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 1 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1995 de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Conselho Federal de Medicina, 2012. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf. Acesso em: 1 abr. 2020.

FROMME, E K, MD. Ethical issues in palliative care. ALMOND, R.M., SCHMADER, K.E., MD, Deputy Editor: GIBENS J., UpToDate Inc. 2020. | This topic last updated: Feb 11, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/ethical-issues-in-palliative-care> Acesso em: 3 abr. 2020.

KANT, Immanuel. A paz perpétua. Tradução: Marco A. Zingano. São Paulo: L&PM Editores S/A, 1989.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. São Paulo, 1999. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=066C4D198D4045159D125D6425E47581.proposicoesWeb?codteor=224907&filename=LegislacaoCitada+-PL+3686/2004. Acesso em: 6 abr. 2020.

SMITH, A. Communication of prognosis in palliative care. BLOCK, S.D, MD Deputy Editor: GIVENS, J. UpToDate 2020. This topic last updated: Aug 14, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/communication-of-prognosis-in-palliative-care> Acesso em: 1 abr. 2020.

TORRE, J.H.R. Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia. In. MORITZ, R.D. (org.) Conflitos bioéticos do viver e do morrer. Câmara técnica sobre terminalidade da vida e cuidados paliativos do conselho federal de Medicina, Brasília: CFM; 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/conflitos.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014. Disponível em https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 13 abr. 2020.

Anexo 1 - RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169)

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”;

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

CONSIDERANDO que o art. 1º da Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

CONSIDERANDO que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006,

RESOLVE:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 9 de novembro de 2006.

Edson de Oliveira Andrade

Presidente

Lívia Barros Garção

Secretária-Geral

5. Avaliação de Prognóstico: Considerações e Instrumentos Práticos

Objetivo: Apresentar ferramentas descritas na literatura que apoiam a avaliação de prognóstico nas patologias mais frequentes da clínica em cuidados paliativos

5.1. A Avaliação Prognóstica e a Tomada de Decisão em Saúde

A tomada de decisão informada é um dos pilares da ética médica. Para serem capazes de tomar uma decisão informada, pacientes e familiares precisam compreender os riscos e benefícios de cada opção terapêutica, de forma a poder decidir de maneira coerente com a sua história de vida e seus valores. Entretanto, estudos mostram que muitos pacientes têm visões inadequadas sobre o seu prognóstico.

Um estudo com pacientes com câncer metastático sem perspectiva de cura mostrou que 69% a 81% dos pacientes não tinham percepção adequada de riscos e benefícios do tratamento que estavam sendo submetidos e acreditavam que a quimioterapia poderia ser curativa. Pacientes que acreditavam que iriam sobreviver por pelo menos 6 meses favoreceram medidas invasivas de suporte avançado de vida sobre medidas de conforto em uma taxa de mais que o dobro do que aqueles que acreditavam que tinham uma chance pequena (<10%) de sobreviver por 6 meses. Os pacientes com percepções não apuradas sobre o seu prognóstico foram mais submetidos a quimioterapia nos últimos 2 meses de vida (TEMEL et al., 2011; WEEKS et al., 1998, 2012).

O entendimento de médicos, pacientes e familiares quanto ao prognóstico e às preferências no acompanhamento e no tratamento foram avaliados em um estudo multicêntrico norte-americano, que constatou que pacientes críticos hospitalizados desejavam discutir com seus médicos o seu prognóstico e opinar na tomada de decisões terapêuticas (MURPHY et al., 2000; KUTNER; KILBOURN, 2009). Entretanto, a sensação relatada por muitos médicos diante do questionamento de pacientes e familiares quanto ao prognóstico de doenças crônicas e incuráveis é de insegurança e de capacitação insuficiente para essa função. O conhecimento da história natural das doenças e da compreensão do prognóstico é fundamental para que a equipe possa apoiar o paciente no processo de decisão compartilhada e cuidado centrado na pessoa.

Médicos tendem a superestimar o prognóstico, em especial o médico responsável pelo caso (provavelmente pelo vínculo). Por este motivo, sempre que for possível, sugere-se compartilhar essa avaliação com outros colegas.

O prognóstico depende de uma série de fatores: a doença de base e sua gravidade clínica sem dúvida é um deles, mas outros fatores como idade, comorbidades, funcionalidade e tratamentos já realizados também desempenham importante papel. Pela complexidade do assunto, recomenda-se associar a impressão clínica à utilização de escalas de avaliação prognóstica validadas na literatura. Neste capítulo serão apresentadas algumas dessas ferramentas, as quais serão divididas da seguinte maneira: indicadores gerais de pior prognóstico, avaliação

de idosos internados, associação de comorbidades e, a seguir, ferramentas por patologia de base (insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose, insuficiência renal, neoplasias, demência e acidente vascular cerebral).

É importante lembrar que as ferramentas descritas a seguir são de base populacional. O paciente em avaliação não necessariamente tem as mesmas características que a população estudada, de forma que o resultado proveniente dessas ferramentas serve para apoiar o raciocínio clínico, mas não são verdades absolutas e precisas em termos de tempo de vida.

As estimativas de sobrevida e escalas de funcionalidade devem, aliadas ao julgamento clínico e a escuta ativa das queixas, valores e desejos do paciente, auxiliar o médico na tomada de decisões terapêuticas e durante a comunicação com paciente e familiares. Lembrando que alguns pacientes querem saber detalhes do seu prognóstico e outros não e que a comunicação deve ser individualizada (recomenda-se para aprofundamento a leitura detalhada dos capítulos “Considerações sobre a Proporcionalidade de Medidas Invasivas de Suporte de Vida e seus Conflitos”, “Comunicação de Más Notícias: como Abordar esse Desafio”, “Reunião Familiar: como Planejar e Executar essa Importante Abordagem” e “Diretivas Antecipadas de Vontade e Planejamento Avançado de Cuidados”).

5.2. Indicadores Gerais de Pior Prognóstico

Independentemente da patologia de base existem alguns marcadores gerais que são associados a um pior prognóstico:

- Infecções recorrentes e de difícil tratamento (por exemplo, pneumonia, pielonefrite e sepse);
- Piora significativa da ingesta alimentar (perda não intencional > 10% de peso nos últimos 6 meses, ou hipoalbuminemia ou disfagia com aspiração);
- Perda de funcionalidade com maior dependência de terceiros para realização das atividades básicas da vida diária;
- Associação de múltiplas comorbidades.

5.3. Idosos

A idade por si só não define prognóstico. No entanto, é frequente que idosos apresentem diversas comorbidades. A ferramenta BISEP (Burden of Illness Score for Elderly Persons) leva em consideração isso e estima a mortalidade em um ano de idosos que tiveram uma internação hospitalar (ver tabela 1) (INOUE et al., 2003).

Tabela 1. Burden of illness score for elderly persons (BISEP): taxa de mortalidade de idosos após 1 ano da data de internação hospitalar.

Diagnóstico de alto risco	Pontuação
Linfoma/Leucemia	6
Injúria renal aguda	5
Câncer localizado ou metastático	3
Acidente vascular cerebral	2
Insuficiência cardíaca congestiva	2
Doença pulmonar crônica	2
Doença renal crônica	2
DM com lesão de órgão-alvo	2
Pneumonia na admissão	2
Somar os pontos acima e categorizar por grupos de diagnóstico de alto risco	0 pontos: A 1-2 pontos: B 3-5 pontos: C ≥6 pontos: D
Classificação final:	
Diagnóstico de alto risco	
Grupo A	0
Grupo B	1
Grupo C	2
Grupo D	3
Albumina ≤ 3,5 mg/dL	1
Creatinina > 1,5 mg/dL	1
Síndrome demencial	1
Alteração de marcha	1
Taxa de mortalidade em 1 ano	
Somar os pontos dos itens de classificação e verificar grupo correspondente abaixo:	
Grupo I (0-1 ponto)	8%
Grupo II (2 pontos)	24%
Grupo III (3 pontos)	51%
Grupo IV (≥4 pontos)	74%

Adaptada de: INOUE, S.K. et al. Burden of illness score for elderly persons: risk adjustment incorporating the cumulative impact of diseases, physiologic abnormalities, and functional impairments. *Med care*, v. 41, n. 1, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12544545/>. Acesso em: 04 abr. 2020.

Recomenda-se conversar sobre preferência de cuidados com todos os idosos se possível, mas especialmente nos grupos 3 e 4 pelo maior risco de falecimento no próximo ano. Nessa abordagem, deve-se buscar entender o que é importante para aquela pessoa, o que para ele(a) faz a vida ter sentido e a partir disso estabelecer um planejamento de cuidados que leve em conta aspectos técnicos e biográficos.

5.4. Múltiplas Comorbidades

O índice de comorbidades de Charlson é uma escala clássica que estima mortalidade em 10 anos, quanto maior a pontuação maior a chance de falecimento no período (ver tabela 2) (CHARLSON, 1987).

Tabela 2. **Índice de comorbidades de Charlson**

Condição	Pesos atribuídos para as doenças	
Infarto do miocárdio		+1
Insuficiência cardíaca		+1
Doença vascular periférica		+1
Doença cerebrovascular		+1
Demência		+1
Doença pulmonar crônica		+1
Doença do tecido conjuntivo		+1
Úlcera		+1
Doença hepática leve		+1
Diabetes		+1
Hemiplegia		+2
Doença renal moderada ou grave		+2
Diabetes com lesão de órgão-alvo		+2
Qualquer tumor		+2
Leucemia		+2
Linfoma		+2
Doença hepática moderada ou grave		+3
Tumor sólido metastático		+6
AIDS (essa escala foi desenvolvida antes do estabelecimento das terapias anti-retrovirais. Nesse contexto sugere-se interpretação crítica)		+6
Interpretação		
Pontuação	Classes de comorbidades	Sobrevivência estimada em 10 anos
0 Pontos	Baixo	98%
1 a 2 pontos	Médio	90-96%
3 a 4 pontos	Alto	53-77%
≥5 pontos	Muito alto	2-21%

Adaptado de: CHARLSON, M.E. et al. A New Method of Classifying Prognostic Comorbidity in Longitudinal Studies: Development and Validation. *Journal of Chronic Diseases*, v. 40, n. 5, 1987. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0021968187901718>. Acesso em: 04 abr. 2020.

É possível acessar a calculadora dessa escala através do link: <https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci#evidence>.

5.5. Insuficiência Cardíaca

A necessidade de internação hospitalar é um marcador de pior prognóstico, sendo associada a um maior risco de falecimento. Especial atenção deve ser dada a pacientes com internações recorrentes. O avançar da idade, especialmente acima de 70 anos, e a classe funcional mais avançada também são associados à maior mortalidade (COLUCCI, 2019).

A classificação de classes funcionais de insuficiência cardíaca da New York Heart Association (NYHA) é um pilar na avaliação da gravidade dos quadros clínicos (COLUCCI, 2019).

Tabela 3. Classes funcionais da NYHA

Classes funcionais da NYHA	Critérios
Classe I	Sem limitação à atividade física; a atividade física comum não causa fadiga, palpitações ou dispneia.
Classe II	Limitação leve da atividade física; atividade física moderada resulta em fadiga, palpitações ou dispneia.
Classe III	Limitação significativa da atividade física; pequenos esforços causam fadiga, palpitações ou dispneia
Classe IV	Incapaz de realizar qualquer atividade física sem desconforto; em repouso apresenta sintomas de insuficiência cardíaca; aos mínimos esforços o desconforto aumenta.

Fonte: COLUCCI, W.S. Prognosis of heart failure. GOTTLIEB, S.S., YEON, S.B. (ed). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/prognosis-of-heart-failure?search=Prognosis%20of%20heart%20failure&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 01 abr. 2020.

O estudo MAGGIC (Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure) a partir da avaliação de 39.372 casos desenvolveu uma calculadora que estima mortalidade de pacientes com insuficiência cardíaca em 1 e 3 anos (POCOCK et al., 2013). O cálculo é apresentado na tabela 4 e no quadro 1 a seguir e também pode ser consultado via web no endereço: <https://www.mdcalc.com/maggic-risk-calculator-heart-failure#evidence>.

Tabela 4. Estimativa da mortalidade de pacientes com insuficiência cardíaca a partir do estudo MAGGIC (Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure).

Fator de Risco	Além da Pontuação de Risco							Pontuação de Risco	
	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40+			
Fração de Ejeção %	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40+			
	+7	+6	+5	+3	+2	0			
Extra para a idade (anos)	<55	56-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+		
FE<30	D	+1	+2	+4	+6	+8	+10		
FE 30-39	D	+2	+4	+6	+8	+10	+13		
FE >40	D	+3	+5	+7	+9	+12	+15		
Extra para pressão arterial sistólica	<110	110-119	120-129	130-139	140-149	150+			
FE<30	+5	+4	+3	+2	+1	0			
FE 30-39	+3	+2	+1	+1	0	0			
FE >40	+2	+1	+1	0	0	0			
IMC(kg/m²)	<15	15-19	20-24	25-29	30+				
	+6	+5	+3	+2	0				
Creatinina(umol/l)	<90	90-109	110-129	130-149	150-169	170-209	210-249	250+	
	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+8	
NYHA classe	1	2	3	4					
	D	+2	+6	+8					
Sexo masculino				+1					
Fumante atual				+1					
Diabético				+3					
Diagnóstico de DPOC				+2					
Diagnosticado com insuficiência cardíaca nos últimos 18 meses				+2					
Não faz uso de betabloqueador				+3					
Não faz uso de IECA/ARA2				+1					
Score total de risco =									

Quadro 1. MAGGIC Interpretação – Probabilidade de morte prevista para cada pontuação de risco.

Pontuação total de risco	Probabilidade de morte em 1 ano	Probabilidade de morte em 3 anos	Pontuação total de risco	Probabilidade de morte em 1 ano	Probabilidade de morte em 3 anos
0	0.015	0.039	26	0.175	0.397
1	0.016	0.043	27	0.191	0.427
2	0.018	0.048	28	0.209	0.458
3	0.020	0.052	29	0.227	0.490
4	0.022	0.058	30	0.248	0.523
5	0.024	0.063	31	0.269	0.556
6	0.027	0.070	32	0.292	0.590
7	0.029	0.077	33	0.316	0.625
8	0.032	0.084	34	0.342	0.658
9	0.036	0.092	35	0.369	0.692
10	0.039	0.102	36	0.398	0.725
11	0.043	0.111	37	0.427	0.756
12	0.048	0.122	38	0.458	0.787
13	0.052	0.134	39	0.490	0.815
14	0.058	0.146	40	0.523	0.842
15	0.063	0.160	41	0.557	0.866
16	0.070	0.175	42	0.591	0.889
17	0.077	0.191	43	0.625	0.908
18	0.084	0.209	44	0.659	0.926
19	0.093	0.227	45	0.692	0.941
20	0.102	0.247	46	0.725	0.953
21	0.111	0.269	47	0.757	0.964
22	0.122	0.292	48	0.787	0.973
23	0.134	0.316	49	0.816	0.980
24	0.147	0.342	50	0.842	0.985
25	0.160	0.369			

Adaptado de: POCKOCK, S. J. et al. Predicting survival in heart failure: A risk score based on 39 372 patients from 30 studies. *European Heart Journal*, v. 34, n. 19, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/291545053_Predicting_survival_in_heart_failure_a_risk_score_based_on_39_372_patients_from_30_studies. Acesso em: 05 abr. 2020.

Pacientes com insuficiência cardíaca com FE < 20% ou que mantêm classe funcional 4 com medicações otimizadas e não estejam em lista de transplante devem ser priorizados para abordagem sobre proposta de cuidados paliativos, caso ainda não tenham sido abordados anteriormente.

É importante lembrar que no contexto de insuficiência cardíaca conversar sobre proposta paliativa é fundamentalmente conversar sobre diretivas antecipadas de vontade e abordar priorização de medidas de conforto em detrimento de medidas invasivas e artificiais de manutenção da vida em caso de piora clínica. Incluir medicações sintomáticas é interessante, mas o tratamento específico da insuficiência cardíaca com

vasodilatadores, diuréticos e outros não deve ser interrompido (a menos que o paciente não esteja mais tolerando as medicações), pois é o que mais alivia sintomas da doença.

5.6. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

O índice BODE (The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index) estima sobrevivência em 4 anos de pacientes com DPOC (CELLI et al., 2004). Ele foi desenvolvido para pacientes estáveis, fora de períodos de crise. Ver cálculo abaixo (Tabela 5) ou no link <https://www.mdcalc.com/bode-index-copd-survival#evidence>.

Tabela 5. Cálculo e Interpretação do Índice Bode

	0 pontos	1 ponto	2 pontos	3 pontos
VFE1 (% do previsto)	≥65	50-64	36-49	≤35
Distância caminhada a pé em 6 minutos (m)	≥350	250-349	150-249	≤149
mMRC Escala de dispneia	0-1	2	3	4
IMC	>21	≤21	--	--
Interpretação do resultado do cálculo do Índice BODE				
Pontuação	Sobrevivência estimada em 4 anos			
0-2	80%			
3-4	67%			
5-6	57%			
7-10	18%			

Adaptado de: CELLI, B. R. et al. *The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. *New England Journal of Medicine*, v. 350, n. 10, 2004. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa021322?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20www.ncbi.nlm.nih.gov. Acesso em: 03 abr. 2020.

Já o “DECAF Score: predicting hospital mortality in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease” (STEER; GIBSON; BOURKE, 2012) é uma ferramenta para avaliar mortalidade intra-hospitalar de pacientes com DPOC exacerbado.

Tabela 6. Cálculo do DECAF Score

	Pontos		
	0	1	2
Escala ampliada de dispneia para MRC	Dispneia não impede de sair de casa (eMRCD 1-4)	Dispneia impede de sair de casa, mas independente para banhar/vestir (eMRCD5a)	Dispneia importante com dependência para autocuidado (eMRCD5b)
Eosinopenia (eosinófilos <0.05x 10 ⁹ /L)	Não	Sim	--
Consolidação na radiografia de tórax	Não	Sim	--
Acidemia (pH < 7.30)	Não	Sim	--
Fibrilação atrial (inclusive histórico de FA paroxística)	Não	Sim	--

Interpretação – DECAF Score

Pontos	Risco	Recomendação	Mortalidade Hospitalar
0	Baixo	Gerenciamento de rotina	0%
1			1,5%
2	Intermediário	Use julgamento clínico	5,4%
3	Alto	Considere escalonamento de cuidados vs Cuidados Paliativos	15,3%
4			31%
5			40,5%
6			50%

Adaptado de: STEER, J.; GIBSON, J.; BOURKE, S. C. *The DECAF score: Predicting hospital mortality in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax*, v. 67, n. 11, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/230678782_The_DECAF_Score_predicting_hospital_mortality_in_exacerbations_of_chronic_obstructive_pulmonary_disease. Acesso em 05 abr. 2020.

Internações recorrentes e múltiplas idas ao pronto-socorro também sugerem pior prognóstico.

Pacientes com DPOC dependentes de oxigênio que apresentem dispneia em repouso com medicações otimizadas, caso ainda não tenham sido abordados em relação à proposta paliativa anteriormente, sugere-se que essa conversa se inicie.

É importante lembrar que no contexto de DPOC conversar sobre proposta paliativa é fundamentalmente conversar sobre diretivas antecipadas de vontade e abordar priorização de medidas de conforto em detrimento de medidas invasivas e artificiais de manutenção da vida em caso de piora clínica. Incluir medicações sintomáticas pode ser interessante se o paciente apresentar queixa de dispneia, mas o tratamento específico do DPOC com broncodilatadores, corticoides e outros não deve ser interrompido, pois é o que mais alivia sintomas da doença.

5.7. Cirrose

A classificação de Child-Pugh é clássica para pacientes cirróticos. Ela se baseia em critérios clínicos e laboratoriais e tem a vantagem de ser uma metodologia mais simples de cálculo (WALLING; WENGER, 2020). Veja abaixo (Tabela 7) e também no link: <https://www.mdcalc.com/child-pugh-score-cirrhosis-mortality>.

Tabela 7. Cálculo e interpretação da classificação Child Pugh

Critério	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina total (mg/dL)	<2	2-3	>3
Albumina sérica (g/dL)	>3,5	2,8-3,5	<2,8
TP(s)/INR	1-3/<1,7	4-6/1,7-2,3	>6/>2,3
Ascite	Nenhuma	Leve	Moderada/grave
Encefalopatia hepática	Nenhuma	Grau I-II (ou controlada com medicação)	Grau III-IV (ou refratária a tratamento)

Interpretação da classificação Child-Pugh Some os pontos (tabela 7)

Pontuação	Classe	Sobrevida em 1 ano	Sobrevida em 2 anos
5-6	A	100%	85%
7-9	B	81%	57%
10-15	C	45%	35%

Adaptado de: WALLING, A.M. Palliative care for patients with end-stage liver disease MORRISON, R.S.; CHOPRA, S.; ROBSON, K.M.; GIVENS, J. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-patients-with-end-stage-liver-disease?search=palliative%20liver&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1767197961. Acesso em: 22 maio 2020.

O cálculo do MELD (Model For End-Stage Liver Disease) Score (KAMATH et al., 2001) é mais complexo, mas tem melhor acurácia, segundo a literatura. Ele estima a mortalidade de pacientes cirróticos que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos, shunts porto-sistêmicos, que apresentam hemorragia digestiva alta, hepatite alcoólica, entre outras intercorrências. Seu cálculo pode ser feito conforme descrito a seguir ou pelo link: <https://www.mdcalc.com/meld-score-model-end-stage-liver-disease-12-older#evidence>. Utilizar a tabela 7 para interpretação.

$$\text{MELD}(i) = 0.957 \times \ln(\text{Creatinina}) + 0.378 \times \ln(\text{bilirrubina}) + 1.120 \times \ln(\text{INR}) + 0.643$$

Então, arredonde para a décima casa decimal e multiplique por 10.

Se MELD(i) > 11, execute o cálculo de fusão adicional MELD da seguinte maneira:

MELD=MELD(i) +1.32 x (137 - Na) – [0.033 X MELD (i) x 137-Na)] regras adicionais:

- Todos os valores em unidades dos EUA (Cr e bilirrubina em mg/dL, Na em mEq/L, e INR sem unidade).
- Se bilirrubina, creatinina ou INR <1.0, use 1.0.
- Se alguma das seguintes situações for verdadeira, use Cr 4.0:
 - Cr>4.0.
 - ≥2 tratamentos de diálise nos 7 dias anteriores
 - 24 horas de hemodiálise contínua nos 7 dias anteriores
 - Se Na <125 mmol/L use 125. Se Na > 137 mmol/L, use 137.
- Máximo valor de MELD=40.

Tabela 8. **Interpretação do resultado do MELD**

MELD Pontos	Mortalidade em 3 meses
≤9	1,9%
10-19	6,0%
20-29	19,6%
30-39	52,6%
≥40	71,3%

Fonte: MDCalc. MELD Score (Model For End-Stage Liver Disease) (12 and older), 2020. Disponível em: <https://www.mdcalc.com/meld-score-model-end-stage-liver-disease-12-older#evidence>

Caso ainda não tenha havido uma abordagem sobre cuidados paliativos anteriormente, sugere-se conversar com os pacientes com cirrose/insuficiência hepática que apresentem coagulograma alterado (INR>1,5), albumina baixa (<2,5g/dL) e, pelo menos, mais uma das complicações abaixo (WALLING; WENGER, 2020):

- Encefalopatia hepática refratária;
- Síndrome hepato-renal;
- Ascite refratária;
- Peritonite bacteriana espontânea (PBE);
- Hemorragias por varizes de esôfago recorrentes a despeito de terapia (HDA).

5.8. Neoplasias Malignas

A avaliação prognóstica em oncologia tem diversas particularidades e, especialmente após o desenvolvimento de drogas-alvo, se tornou um tema com mudanças frequentes. Em linhas gerais, pode-se dizer que tumores metastáticos costumam ter um prognóstico pior do que tumores localizados; metástases para órgãos “nobres” como pulmão, fígado e sistema nervoso central costumam estar associadas a prognósticos piores do que metástases ósseas por exemplo.

Além disso, a funcionalidade está diretamente relacionada ao prognóstico em oncologia. Quanto pior a funcionalidade, maior a chance de toxicidade com o tratamento e também menor a sobrevida provável (LEE; SMITH, 2019). A seguir duas escalas utilizadas para avaliar funcionalidade em oncologia:

Tabela 9. Escalas de funcionalidade em oncologia

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status	KARNOFSKY Performance Status (KPS)
0 - Totalmente ativo, capaz de realizar todo o desempenho pré-doença sem restrição.	100 - Normal, sem queixas; nenhuma evidência de doença. 90 - Capaz de exercer atividade normal; sinais ou sintomas menores de doença.
1 - Ambulatorial, restrito em atividades fisicamente extenuantes, mas capaz de realizar trabalhos de natureza leve em casa ou no escritório.	80 - Atividade normal com esforço, alguns sinais ou sintomas de doença. 70 - Cuida de si mesmo, mas incapaz de realizar um trabalho ativo.
2 - Ambulatorial e capaz de todo o autocuidado, mas incapaz de realizar atividades de trabalho; fica mais de 50% do tempo ativo.	60 - Requer assistência ocasional, mas é capaz de atender à maioria das necessidades pessoais 50 - Requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes.
3 - Capaz apenas de autocuidado limitado; fica na cama ou cadeira mais da metade do tempo acordado.	40 - Desabilitado, requer cuidados e assistência especiais. 30 - Severamente incapacitado, a hospitalização é indicada, embora a morte não seja iminente.
4 - Completamente inativo; dependente para todo o autocuidado; totalmente confinado à cama ou cadeira.	20 - Muito doente, hospitalização e cuidados de suportes ativos necessários. 10 - Moribundo.
5 - Morto.	0 - Morto.

Adaptado de: LEE, S.; SMITH, A. *Survival estimates in advanced terminal câncer*. MORRISON, R.S.; SAVARESE, D.M.F. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/survival-estimates-in-advanced-terminal-cancer#subscribeMessage>. Acesso em: 06 abr. 2020.

Em pacientes oncológicos em cuidados paliativos exclusivos um KPS, abaixo de 50 é associado a uma sobrevida estimada de menos de 8 semanas e a hipercalemia da malignidade também é marcador de pior prognóstico nesse contexto (LEE; SMITH, 2019).

O Palliative Prognostic Index (PPI) pode ser utilizado em pacientes com câncer avançado (tumores sólidos) em cuidados paliativos exclusivos, isto é, que não têm mais programação de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia ou outras drogas específicas para tratamento da neoplasia. Ele permite estimar sobrevida em 90, 61 e 12 dias com sensibilidade e especificidade de 79% e 77%, respectivamente. Esta é uma escala interessante, pois utiliza informações clínicas sem necessidade de exames complementares de alta complexidade (LEE; SMITH, 2019).

Tabela 10. PPI - Palliative Prognostic Index

Parâmetro	Valor parcial da pontuação
KPS	
10 a 20	4,0
30 a 50	2,5
≥60	0
Ingesta oral	
Bastante reduzida	2,5
Moderadamente reduzida	1,0
Preservada/normal	0
Presença de edema (pontua se presente)	1,0
Dispneia em repouso (pontua se presente)	3,5
<i>Delirium</i> (pontua se presente)	4,0
Interpretação:	
Pontuação total	Sobrevida mediana estimada
0 - 2,0	90 dias
2,1- 4,0	61 dias
>4,0	12 dias

Adaptado de: LEE, S.; SMITH, A. *Survival estimates in advanced terminal câncer*. MORRISON, R.S.; SAVARESE, D.M.F. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/survival-estimates-in-advanced-terminal-cancer#subscribeMessage>. Acesso em: 06 abr. 2020.

Onco-hematologia: a avaliação prognóstica em onco-hematologia é bastante desafiadora. Em 2014, Kripp e colaboradores (KRIPP et al., 2014) publicaram ferramenta para estimar prognóstico em pacientes com neoplasias hematológicas em cuidados paliativos que pode ser um apoio nessa avaliação (vide Tabela 11).

Tabela 11. Avaliação prognóstica para pacientes com neoplasia hematológica em cuidados paliativos

Parâmetros	Pontuação
ECOG 3-4	+1
Plaquetas < 90.000	+1
DHL > 248	+1
Uso de opioide forte	+1
Albumina < 3,0	+1
Transfusão de concentrado de hemácia no último mês	+1
Interpretação	
Pontuação	Sobrevida estimada
1 ponto	440 dias
2 ou 3 pontos	63 dias
4 ou mais pontos	10 dias

KRIPP M. et al. Patients with malignant hematological disorders treated on a palliative care unit: Prognostic impact of clinical factors. *Annals of Hematology*, v. 93, n. 2, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23925929/>. Acesso em: 03 abr. 2020.

5.9. Insuficiência Renal

Cerca de 20 % dos pacientes dialíticos interrompem diálise antes de falecer e cada vez mais pacientes idosos estão optando por não a iniciar em razão de perda de funcionalidade e desfechos ruins. Muitos pacientes não toleram a diálise em fases avançadas de doença, de forma que é interessante compreender a evolução do quadro de insuficiência renal sem diálise (HOLLEY, 2019).

Pacientes com insuficiência renal que interrompem a diálise sobrevivem em média 7 dias após a interrupção, 70% dos pacientes falece em até 10 dias, 28% entre 10 e 30 dias, 2% entre 30 e 100 dias e 1% após mais de 100 dias (KONCICKI, 2019).

Já a decisão de não iniciar diálise tem a sobrevida fortemente influenciada pelo motivo/quadro da insuficiência renal.

- Nos casos de insuficiência renal aguda (IRA) cuja a indicação de diálise se deve a hipercalemia, hipervolemia ou distúrbios ácido-base significativos, o não início da diálise tipicamente está associado a um óbito em horas a dias (KONCICKI, 2019).

- Nos casos de insuficiência renal crônica (IRC) em que a diálise seria indicada por piora de status nutricional ou por sintomas leves a moderados de uremia, a decisão por não iniciar a terapia não costuma ser associada a um prognóstico tão fechado. Os pacientes sobrevivem por semanas a meses após a decisão de não iniciar diálise nesse contexto, um estudo estimou uma sobrevida média de 16 meses (KONCICKI, 2019).

É importante lembrar que esses valores são influenciados por fatores como comorbidades, idade, estado nutricional e função renal residual.

Atenção:

Pacientes em que se cogita interromper a diálise devem ser abordados em relação a cuidados paliativos no processo de tomada de decisão compartilhada (KONCICKI, 2019).

Pacientes com IRC devem ser abordados em relação a cuidados paliativos no processo de decisão compartilhada sobre o início ou não de diálise (KONCICKI, 2019).

Pacientes com clearance de creatinina menor ou igual a 15ml/min que não serão submetidos a diálise, se não tiverem sido abordados anteriormente, devem ser abordados em relação a cuidados paliativos (KONCICKI, 2019).

A seguir, fórmula do cálculo de clearance de creatinina de Cockcroft-Gault (COCKCROFT; GAULT, 1976):

Clearance de creatinina (mL/min)=(140-idade)x(peso em kg)x(0.85 se feminino) / (72xCreatinina).

5.10. Demência

Embora existam formas de evolução mais rápida, em geral os quadros de demência se arrastam ao longo de anos e a avaliação prognóstica nesses pacientes não costuma ser acurada (MITCHEL, 2019). Um prognóstico mais reservado (em torno de 6 meses) é associado a: estágio 7 ou mais da escala de FAST (Functional Assessment Staging – ver tabela 11) e mais a ocorrência no último ano de pelo menos uma das complicações listadas a seguir (MITCHEL, 2019):

- Pneumonia aspirativa
- Pielonefrite
- Sepses
- Múltiplas lesões por pressão em estágio maior ou igual a 3
- Febre recorrente após antibioticoterapia
- Incapacidade de manter adequada hidratação ou consumo calórico com 10% de perda de peso nos últimos 6 meses ou uma albumina sérica inferior a 2,5g/dL

Tabela 12. **Estadiamento funcional na demência (Functional Assessment Staging –FAST)**

Estágio	Características
1	Nenhuma dificuldade objetiva ou subjetiva.
2	Queixas de esquecimento de locais ou objetos. Dificuldades subjetivas no trabalho.
3	Decréscimo do funcionamento no trabalho, evidente para os colegas.
3	Dificuldade nas viagens para novas localidades.
4	Decréscimo na habilidade de execução de tarefas complexas, manejo de finanças pessoais, execução de compras etc.
5	Requer assistência na escolha de trajés adequados.
6 A	Dificuldade em vestir-se adequadamente.
6 B	Incapaz de banhar-se adequadamente, pode desenvolver medo do banho.
6 C	Incapacidade de manuseio de toalete.
6 D	Incontinência urinária.
6 E	Incontinência fecal.
7 A	Capacidade de fala limitada a meia dúzia de palavras ou menos, no curso médio de um dia.
7 B	Capacidade de fala limitada a uma única palavra inteligível no curso médio de um dia.
7 C	Capacidade deambulação perdida.
7 D	Perda de capacidade de se sentar sem assistência.
7 E	Perda de capacidade de sorrir.
7 F	Perda de capacidade de levantar a cabeça.
7G	Postura fletida.

Fonte: SCLAN, S.G. REISBERG, B. *Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease: Reliability, Validity and Ordinality. Int. Psychogeriatr.*, v. 4, n. S1, p. 55-69, 1992.

5.11. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

O AVC é a terceira causa mais comum de disfunção e a segunda principal causa de morte ao redor do mundo. A avaliação prognóstica no AVC é difícil e inclui a análise de diversas variáveis (EDWARDSON, 2019).

Estudos demonstram que o National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) é um bom preditor de desfecho nos casos de AVC. Um NIHSS ≤ 6 prevê uma boa recuperação (capaz de viver independentemente, podendo ou não retornar ao trabalho ou escola), por outro lado, um NIHSS ≥ 16 é associado uma maior probabilidade de morte ou de alta dependência. Cada ponto adicional no NIHSS foi associado a uma redução de 17% nas chances de se atingir um desfecho ótimo de reabilitação. É importante lembrar que os estudos caracterizam um “bom desfecho” como alta para casa e independência para autocuidado. Objetivos mais complexos como retornar ao emprego prévio ou capacidade de socialização não costumam ser avaliados (EDWARDSON, 2019). O NIHSS pode ser consultado no link http://www.nihstrokescale.org/Portuguese/2_NIHSS-português-site.pdf ou na calculadora que se encontra no site: <https://www.mdcalc.com/nih-stroke-scale-score-nihss>.

A trombólise intravenosa e/ou a trombectomia mecânica, conforme os guidelines recomendados, podem reduzir de maneira significativa as sequelas neurológicas e, conseqüentemente, dobrar as chances de retomada de independência funcional em 90 dias quando comparado a pacientes controle (EDWARDSON, 2019).

A idade avançada tem um impacto negativo na morbidade, mortalidade e recuperação no longo prazo. Idosos (acima de 65 anos) têm uma chance maior de falecer em 2 meses após um AVC e os que sobrevivem têm uma maior chance de ser institucionalizados (EDWARDSON, 2019).

O volume da área de infarto em exames de imagem e a localização da área de infarto têm correlação com o desfecho. A oclusão aguda da carótida interna, da artéria basilar ou de alguma outra grande artéria intracraniana é associada a maior risco de desfecho ruim. AVCs na região da ínsula (ramo insular da artéria cerebral média) são associados à maior mortalidade por alteração autonômica (EDWARDSON, 2019).

O mecanismo do AVC também tem impacto. Infartos lacunares costumam ter melhor prognóstico de desfecho em um ano. Os cardioembólicos têm recuperação pior (EDWARDSON, 2019).

Algumas comorbidades prévias são associadas a um pior desfecho: anemia, fibrilação atrial, câncer, doença arterial coronária, demência, dependência, diabetes mellitus, hiperglicemia na entrada (glicemia > 110 mg/dL) e insuficiência cardíaca, infarto miocárdico, insuficiência renal ou diálise e desnutrição (EDWARDSON, 2019).

Entre 12 horas e 7 dias após o início do AVC muitos pacientes apresentam melhora neurológica. A maior parte da recuperação ocorre nos primeiros 3 a 6 meses pós-AVC, mas alguns pacientes ainda conseguem melhoras até 18 meses após o evento. A reabilitação tem papel fundamental e o ideal é especialmente nos primeiros meses após o AVC que esta seja intensificada e multiprofissional (EDWARDSON, 2019).

5.12. Outros Recursos Interessantes para Avaliação Prognóstica

O e-prognosis é um site em inglês da University of California San Francisco com ferramentas de avaliação prognóstica validadas na literatura. O que ele tem de interessante/diferente é que faz perguntas sobre o paciente (por exemplo, se é um paciente ambulatorial ou está internado) e à medida que estas são respondidas o algoritmo seleciona quais ferramentas utilizar naquele contexto.

<https://eprognosis.ucsf.edu/calculators/index.php#/>

Referências

CELLI, B. R. et al. The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *New England Journal of Medicine*, v. 350, n. 10, 2004. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa021322?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20www.ncbi.nlm.nih.gov. Acesso em: 3 abr. 2020.

CHARLSON, M.E. et al. A New Method of Classifying Prognostic Comorbidity in Longitudinal Studies: Development and Validation. *Journal of Chronic Diseases*, v. 40, n. 5, 1987. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0021968187901718>. Acesso em: 4 abr. 2020.

COCKCROFT, D.W.; GAULT, M.H. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron*, v. 16, n. 1, p. 31-41, 1976.

COLUCCI, W.S. Prognosis of heart failure. GOTTLIEB, S.S., YEON, S.B. (ed). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/prognosis-of-heart-failure?search=Prognosis%20of%20heart%20failure&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 1 abr. 2020.

EDWARDSON, M.A. Ischemic stroke prognosis in adults. KASNER, S.E.; DASHE, J.F. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ischemic-stroke-prognosis-in-adults?search=Ischemic%20stroke%20prognosis%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 abr. 2020.

HOLEY, J.L. Palliative care for patients with end-stage kidney disease. BERNS, J.S.; MORRISON, R.S.; MOTWANI, S.; GIVENS, J. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-patients-with-end-stage-kidney-disease#H27722032>. Acesso em: 6 abr. 2020.

INOUYE, S.K. et al. Burden of illness score for elderly persons: risk adjustment incorporating the cumulative impact of diseases, physiologic abnormalities, and functional impairments. *Med care*, v. 41, n. 1, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12544545/>. Acesso em: 4 abr. 2020.

KAMATH, P. S. et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology*, v. 33, n. 2, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11172350/>. Acesso em: 2 abr. 2020.

KONCICKI, H.M. Withholding and withdrawal of dialysis. BERNIS, J.S.; ARNOLD, R.M. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/withholding-and-withdrawal-of-dialysis>. Acesso em: 6 abr. 2020.

KRIPP M. et al. Patients with malignant hematological disorders treated on a palliative care unit: Prognostic impact of clinical factors. *Annals of Hematology*, v. 93, n. 2, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23925929/>. Acesso em: 3 abr. 2020.

KUTNER, J. S.; KILBOURN, K. M. Bereavement: addressing challenges faced by advanced cancer patients, their caregivers, and their physicians. *Primary Care*, v. 36, n. 4, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095454309000700?via%3Dihub>. Acesso em: 2 abr. 2020.

LEE, S.; SMITH, A. Survival estimates in advanced terminal câncer. MORRISON, R.S.; SAVARESE, D.M.F (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/survival-estimates-in-advanced-terminal-cancer#subscribeMessage>. Acesso em: 6 abr. 2020.

MDCALC. MELD Score (Model For End-Stage Liver Disease) (12 and older), 2020. Disponível em: <https://www.mdcalc.com/meld-score-model-end-stage-liver-disease-12-older#evidence>. Acesso em: 6 abr. 2020.

MITCHEL, S.L. Care of patients with advanced dementia. MORRISON, R.S., YAFFE, K.; WILTERDINK, J.L. (ed). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/care-of-patients-with-advanced-dementia#H423254626>. Acesso em: 6 abr. 2020.

MURPHY, P. et al. Description of the SUPPORT Intervention. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 48, n. S1, 2000. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03125.x>. Acesso em: 3 abr. 2020.

POCOCK, S. J. et al. Predicting survival in heart failure: A risk score based on 39 372 patients from 30 studies. *European Heart Journal*, v. 34, n. 19, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/291545053_Predicting_survival_in_heart_failure_a_risk_score_based_on_39_372_patients_from_30_studies. Acesso em: 5 abr. 2020.

SCLAN, S.G. REISBERG, B. Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease: Reliability, Validity and Ordinality. *Int. Psychogeriatr.*, v. 4, n. S1, p. 55-69, 1992.

STEER, J.; GIBSON, J.; BOURKE, S. C. The DECAF score: Predicting hospital mortality in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, v. 67, n. 11, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/230678782_The_DECAF_Score_predicting_hospital_mortality_in_exacerbations_of_chronic_obstructive_pulmonary_disease. Acesso em 5 abr. 2020.

TEMEL, J. S. et al. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: Results of a randomized study of early palliative care. *Journal of Clinical Oncology*, v. 29, n. 17, 2011. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2010.32.4459>. Acesso em: 1 abr. 2020.

WALLING, A.M. Palliative care for patients with end-stage liver disease MORRISON, R.S.; CHOPRA, S.; ROBSON, K.M.; GIVENS, J. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-patients-with-end-stage-liver-disease?search=palliative%20liver&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1767197961. Acesso em: 22 maio 2020.

WEEKS, J. C. et al. Patient's Expectations about Effects of Chemotherapy for Advanced Cancer. *New England Journal of Medicine*, v. 367, n. 17, 2012. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1204410?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200www.ncbi.nlm.nih.gov. Acesso em: 2 abr. 2020.

WEEKS, J. C. et al. Relationship Between Cancer Patients' Predictions of Prognosis and Their Treatment Preferences. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, v. 279, n. 21, 1998. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/187594>. Acesso em: 06 abr. 2020.

6. Considerações Sobre a Proporcionalidade de Medidas Invasivas de Suporte de Vida e Seus Conflitos

Objetivo: Apoiar a tomada de decisão sobre proporcionalidade de medidas invasivas e quando priorizar conforto

6.1. O Cuidado Adequado

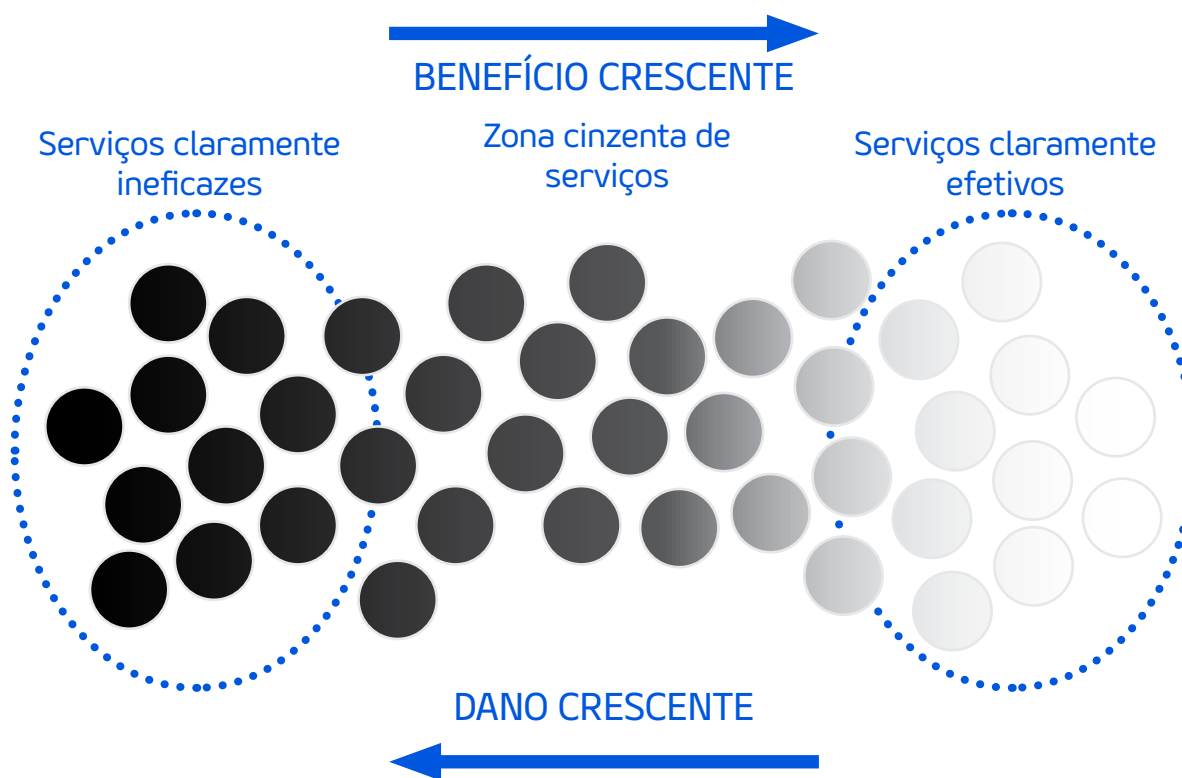
Ao falarmos sobre cuidados paliativos e proporcionalidade de medidas, diversos dilemas surgem. Um dos mais frequentes e angustiantes costuma ser definir quando uma internação em UTI é benéfica e quando não. Neste capítulo vamos discutir alguns pontos que auxiliam nesse raciocínio.

Em saúde, cada vez mais se discute e se busca ofertar o chamado “cuidado adequado”. O cuidado adequado é definido como um cuidado individualizado que otimiza saúde e bem-estar ao proporcionar o que é necessário, desejado e clinicamente efetivo, de maneira acessível, equitativa e responsável quanto à alocação de recursos. Na lógica do cuidado adequado devemos evitar tanto o Underuse como o Overuse. O Underuse é a incapacidade de entregar um serviço que tem grandes chances de melhorar a qualidade e a quantidade de vida, que tem uma boa relação custo-benefício e que os pacientes que estejam devidamente informados a respeito dos seus potenciais riscos e benefícios gostariam de receber. Já o Overuse é a realização de um serviço que tem pouca chance de aumentar qualidade ou quantidade de vida, que oferece mais riscos do que benefícios, ou que pacientes devidamente informados não desejam ser submetidos a ele (ELSHAUG et al., 2017).

Overuse e Underuse são conceitos que vão além dos cuidados paliativos. Suas aplicações se estendem a testes de screening, exames diagnósticos, uso de medicações, procedimentos terapêuticos, entre outras condutas. No entanto, este capítulo enfoca o contexto de cuidados paliativos.

O conceito de Overuse faz sentido, mas medir e definir quais medidas são apropriadas não é tão simples. O balanço entre risco e benefício varia entre indivíduos e populações. A tendência é compreender o processo entre o que é apropriado e inapropriado como um contínuo em que numa ponta estão serviços universalmente benéficos e na outra os que são claramente inefetivos ou que expõem os pacientes a tantos riscos que nunca deveriam ser realizados. No entanto, a maioria dos tratamentos e exames ficam no meio do caminho, numa área cinzenta mais ambígua (ver figura 4) (BROWNLEE et al., 2017).

Figura 4. Zona cinzenta de serviços.



Adaptado de: BROWNLEE, S. et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*, v. 390, n. 10090, p. 156–168, 2017. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)>.

As preferências e os valores dos pacientes precisam ser consideradas sempre e em especial, nessa área cinzenta, se tornam fundamentais para apoiar a definição do que faz ou não sentido. Para tanto, é preciso que o paciente tenha compreensão do seu quadro clínico e dos riscos e benefícios potenciais das decisões terapêuticas, de forma a ser possível uma decisão compartilhada de fato (ver os capítulos “Comunicação de Más Notícias: como Abordar Esse Desafio”, “Reunião Familiar: Como Planejar e Executar Essa Importante Abordagem” e “Diretivas Antecipadas de Vontade e Planejamento Avançado de Cuidados” para mais informações e uma abordagem prática destas questões).

A funcionalidade do paciente também é importante parâmetro; de modo geral, pacientes com boa funcionalidade prévia têm maior chance de recuperação do que pacientes que já eram acamados. Indicadores de fragilidade

como caquexia, hipoalbuminemia, quedas, infecções e/ou internações recorrentes, a despeito de tratamento otimizado, também corroboram para uma evolução mais desfavorável. Outro ponto importante a ser considerado é o prognóstico das doenças de base (no capítulo “Avaliação de Prognóstico” você encontrará ferramentas que apoiam essa avaliação).

Em muitos países existem evidências de um uso excessivo (overuse) de tratamentos agressivos em fim de vida, bem como um uso aquém do que seria o apropriado (underuse) dos cuidados paliativos. Um exemplo disso é que a despeito da evidência de que a maioria das pessoas ao redor do mundo prefeririam falecer em casa, cerca de metade falece no hospital. Há relato de uso inefetivo de terapia intensiva no fim de vida no Canadá, EUA e Brasil. Uma pesquisa no Brasil identificou que um em cada cinco pacientes com câncer recebeu medicações “inúteis” (BROWNLEE et al., 2017).

O Overuse tem o potencial de gerar dano aos pacientes tanto em termos físicos como psicológicos e financeiros, além de ter o potencial de ameaçar a viabilidade do sistema de saúde por aumentar custos e não alocar recursos adequadamente.

6.2. O Uso Expressivo de Terapia Intensiva

Nos Estados Unidos a utilização de recursos de terapia intensiva é maior do que no resto do mundo. Existem mais leitos de UTI, mais pacientes em UTI, custos mais elevados de UTI, uma maior proporção de tempo na fase final de vida e um maior número de óbitos ocorrendo na UTI. Esse uso elevado seria justificável, se os desfechos fossem melhores e mais alinhados com os desejos dos pacientes, mas não é isso que se verifica. Avaliações de saúde pública mostraram que os desfechos do sistema de saúde americano são iguais aos de outros países desenvolvidos, sendo que estes em alguns casos chegam a ter 10 vezes menos leitos de UTI per-capita (ANESI et al., 2019). Quando questionados sobre onde gostariam de ser cuidados, os pacientes americanos expressaram uma forte preferência por estar fora do hospital nos seus últimos dias (ANESI et al., 2019). Dados como esse mostram como nem sempre mais é melhor, e que uma avaliação de proporcionalidade de medidas associada a um compartilhamento de decisões com paciente e família podem favorecer um tratamento mais alinhado às preferências do paciente e a uma alocação de recursos mais adequada.

Os avanços na medicina intensiva permitem que se salvem muitas vidas, mas também prolongam o processo de morrer de outras. Médicos intensivistas frequentemente percebem o tratamento realizado para pacientes como potencialmente inapropriado. Um estudo no Canadá identificou que 87% dos intensivistas relatavam cuidado fútil no último ano; em estudo transversal europeu em um único dia mostrou que 27% identificava pelo menos um paciente na sua UTI como recebendo tratamento excessivo (HUYNH et al., 2013).

Um estudo que avaliou a percepção de médicos americanos de 5 UTIs sobre 1136 pacientes ao longo de 3 meses identificou que estes consideravam oferecer tratamento fútil em algum momento da evolução para cerca de 20% dos pacientes. As principais razões descritas para classificar o tratamento desta maneira foram: os riscos claramente superarem os benefícios (58%), o tratamento nunca ser capaz de atingir os objetivos do paciente (51%), a morte ser iminente (37%) e o paciente nunca conseguir sobreviver fora do ambiente de UTI (36%). Os médicos geralmente classificavam o tratamento como fútil por mais de uma das razões anteriores. Entre os pacientes considerados como recebendo tratamento inapropriado, 68% faleceram durante a internação

hospitalar, 16% em até 6 meses após a alta hospitalar, os outros 15% que estavam vivos após 6 meses apresentavam graves sequelas (HUYNH et al., 2013).

6.3. A Priorização de Casos para Admissão em UTI

Essa problemática fez com que várias sociedades médicas internacionais publicassem posicionamentos sobre o assunto (BOSSLET et al., 2015; JOYNT et al., 2019). Um dos mais difundidos é o guideline de priorização de admissão em UTI da Society of Critical Care Medicine (NATES et al., 2016) apresentado na tabela 13 a seguir.

Tabela 13. Guideline de priorização de admissão em UTI da Society of Critical Care Medicine (SCCM)

Nível de atendimento	Prioridades	Tipo de Paciente
UTI	Prioridade 1	Pacientes em estado crítico que necessitam de suporte de vida por falência de órgãos, monitoramento intensivo e terapias fornecidas apenas no ambiente da UTI. O suporte à vida inclui ventilação invasiva, terapias de substituição renal contínuas, monitoramento hemodinâmico invasivo para direcionar intervenções hemodinâmicas agressivas, balão intra-aórtico, oxigenação por membrana extracorpórea e outras situações que requerem cuidados críticos (por exemplo, pacientes com hipoxemia grave ou choque).
	Prioridade 2	Pacientes, como descrito acima, com probabilidade significativamente menor de recuperação e que gostariam de receber terapia intensiva, mas não ressuscitação cardiopulmonar em caso de parada cardíaca (por exemplo, pacientes com câncer metastático e insuficiência respiratória secundária a pneumonia ou choque séptico que requer vasopressores).
Unidade semi-intensiva	Prioridade 3	Pacientes com disfunção de órgãos que necessitam de monitoramento intensivo e/ou terapias (por exemplo, ventilação não invasiva) ou que, na opinião clínica do médico responsável pela triagem, possam ser tratados em um nível de atendimento mais baixo do que a UTI (por exemplo, pacientes em pós-operatório que requerem monitoramento próximo por risco de deterioração ou por que exigem cuidados intensivos no pós-operatório, pacientes com insuficiência respiratória tolerando ventilação não invasiva intermitente). Esses pacientes podem precisar ser internados na UTI se o gerenciamento precoce falhar para evitar a deterioração ou se não houver capacidade de semi-intensiva no hospital.
	Prioridade 4	Pacientes, como dito acima, mas com menor probabilidade de recuperação/sobrevivência (por exemplo, pacientes com doença metastática de base) que não desejam ser intubados ou ressuscitados. Como acima, se o hospital não tiver capacidade de semi-intensiva, esses pacientes poderiam ser considerados para UTI em circunstâncias especiais.

Nível de atendimento	Prioridades	Tipo de Paciente
Cuidado Paliativo	Prioridade 5	Pacientes terminais ou moribundos sem possibilidade de recuperação; em geral, esses pacientes não são adequados para a admissão na UTI (a menos que sejam potenciais doadores de órgãos). Nos casos em que os indivíduos tenham recusado terapia intensiva de modo individual ou tenham processos irreversíveis, como câncer metastático, sem quimioterapia adicional ou opções de radioterapia, os cuidados paliativos devem ser oferecidos inicialmente.

Fonte: NATES, J. L. et al. ICU admission, discharge, and triage guidelines: A framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. *Critical Care Medicine*, v. 44, n. 8, p. 1553-1602, 2016.

Um grupo brasileiro desenvolveu um algoritmo para auxiliar essa classificação por níveis de prioridades baseado em 4 perguntas (RAMOS et al., 2016):

1) A internação em UTI foi solicitada visando intervenção imediata ou monitoramento?

- Intervenção: necessidade de drogas vasoativas, ventilação mecânica ou diálise em paciente instável
- Monitorização: pacientes cirúrgicos de alto risco, síndromes coronarianas agudas e AVC pós trombólise

2) Apresenta comorbidades? Resposta estratificada em níveis:

- Sem comorbidades;
- Comorbidades compensadas;
- Comorbidades descompensadas;
- Doença avançada com sobrevida estimada em meses (por exemplo: câncer metastático, ICC estágio D, DPOC dependente de O₂ com dispneia em repouso a despeito de medicação, IRC estágio 5 com contraindicação de diálise, cirrose Child C com contraindicação de transplante hepático, demência avançada com complicações)
 - nota: ver capítulo “Avaliação de Prognóstico: Considerações e Instrumentos Práticos” para ferramentas de sobrevida estimada.

3) Qual a funcionalidade do paciente conforme a escala de Katz de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs - ver anexo)? Classificada como (LOPES et al., 2015):

- Independentes (pacientes capazes de realizarem as 6 ABVDs da escala de Katz);
- Parcialmente dependentes (pacientes que conseguem executar 3 a 5 ABVDs);
- Totalmente dependentes (pacientes capazes de no máximo 2 ABVDs).

4) Prognóstico intuitivo – qual o desfecho pós-UTI que o médico solicitante considera mais provável? Classificado como:

- Sobreviva sem sequelas graves;
- Sobreviva com sequelas importantes;
- Mais provável que o paciente faleça na internação.

O algoritmo proposto identifica os pacientes conforme o guideline da SCCM. A partir das perguntas descritas o algoritmo classifica os pacientes em ordem crescente de prioridade para admissão em UTI conforme descrito na tabela a seguir.

Tabela 14. Algoritmo de priorização e admissão em UTI de RAMOS et al. (2016)

Prioridade	Descrição
5	Doença crônica com frequentes descompensações e dependência importante OU Doença crônica em fase avançada E dependência importante OU parcial OU Doença crônica em fase avançada E independência funcional E prognóstico de não sobreviver à UTI
4	Pacientes com solicitação de vaga para monitorização E Doenças crônicas controladas e dependência importante OU Doença crônica com frequentes descompensações E dependência parcial OU Doença crônica em fase avançada E independência funcional E prognóstico de sobreviver à UTI
3	Todos os outros pacientes com solicitação de vaga para monitorização
2	Pacientes com necessidade de intervenção ativa E Doenças crônicas controladas e dependência importante OU Doença crônica com frequentes descompensações E dependência parcial OU Doença crônica em fase avançada E independência funcional E prognóstico de sobreviver à UTI
1	Todos os outros pacientes com necessidade de intervenção ativa

Fonte: Adaptado de (RAMOS, J. G. R. et al. Development of an algorithm to aid triage decisions for intensive care unit admission: A clinical vignette and retrospective cohort study. *Critical Care*, v. 20, n. 1, p. 1–9, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s13054-016-1262-0>>.)

Este algoritmo mostrou validade e confiabilidade quando comparado à avaliação por um painel de especialistas (RAMOS et al., 2016) e posteriormente em estudo prospectivo em hospital terciário brasileiro foi associado à redução de admissões potencialmente inadequadas na UTI (RAMOS et al., 2019).

No Brasil, em 2016 o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução nº 2156/2016, que versa sobre critérios de admissão e alta da UTI. Esta resolução, que conta com o apoio da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, estabelece critérios de priorização de admissão na unidade de tratamento intensivo e tem lógica similar ao guideline da SCCM:

- **Prioridade 1:** Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
- **Prioridade 2:** Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
- **Prioridade 3:** Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

- **Prioridade 4:** Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.
- **Prioridade 5:** Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

Além disso, a resolução fala que os pacientes classificados como Prioridade 2 ou 4 devem preferencialmente ser admitidos em unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas) e que os pacientes classificados como Prioridade 5 devem preferencialmente ser admitidos em unidades de cuidados paliativos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016).

O raciocínio sobre a proporcionalidade de medidas é complexo e multifatorial. Ele deve envolver parâmetros técnicos e também os valores do paciente em questão. Não existe uma medida única do que é “benéfico” ou “valioso”, especialmente em uma sociedade plural. Decisões sobre tratamentos potencialmente inapropriados exigem julgamentos complexos que levem em consideração as concepções pessoais do que dá sentido à vida dos pacientes, familiares e dos profissionais de saúde. A maioria dos conflitos entre equipe e familiares pode ser resolvida através do diálogo contínuo ou com a ajuda de um especialista em ética ou cuidados paliativos. A maioria das divergências não se deve a conflitos de valores profundos, mas sim à comunicação e suporte inadequados diante de uma doença ameaçadora da vida (ARNOLD e FINLAY, 2014).

6.4. Tomada de Decisão Ética e Compartilhada

Uma estrutura ética de tomada de decisão proposta na literatura auxilia a organizar esse processo sugerindo 4 passos (FORTE; KAWAI; COHEN, 2018):

Passo 1: foco na doença – o objetivo é levantar informações acuradas, estimativas de prognóstico, redução de risco, risco relativo de tratamentos;

Passo 2: foco na pessoa – através de comunicação empática aprender sobre os valores do paciente e o que sofrimento significa para ele. A ênfase é na escuta ativa;

Passo 3: foco na equipe de saúde – fomentar o trabalho em equipe, compartilhar as informações sobre a doença e os valores do paciente, conversar em equipe o que seria aceitável, recomendado, potencialmente inapropriado e fútil;

Passo 4: foco na relação entre o profissional de saúde e o paciente com o objetivo de tomada de decisão compartilhada para o melhor e o pior cenário.

Desta maneira o instrumento busca clarear as diferentes perspectivas necessárias à prática clínica, de forma a garantir um cuidado centrado na pessoa de qualidade que seja ao mesmo tempo ético e baseado em evidências.

6.5. Pontos Principais

- Refletir que em alguns cenários escalonar medidas não é a melhor assistência para o paciente.
- Compreender que a discussão sobre proporcionalidade de medidas apoia a alocação adequada de recursos.
- A discussão sobre proporcionalidade de medidas deve incluir aspectos técnicos do quadro e também a escuta ativa do paciente.
- A tomada de decisão compartilhada é o caminho ético para a definição de como proceder.

Referências

ANESI, G. L. et al. Understanding irresponsible use of intensive care unit resources in the USA. *The Lancet Respiratory Medicine*, v. 7, n. 7, p. 605–612, 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30088-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30088-8). Acesso em: 18 maio 2020.

BOSSLET, G. T. et al. An official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: Responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 191, n. 11, p. 1318–1330, 2015.

BROWNLEE, S. et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*, v. 390, n. 10090, p. 156–168, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5). Acesso em: 19 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2156 de 17 de novembro de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Conselho Federal de Medicina, 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 18 maio 2020.

ELSHAUG, A. G. et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *The Lancet*, v. 390, n. 10090, p. 191–202, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32586-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32586-7). Acesso em: 19 maio 2020.

FORTE, D. N.; KAWAI, F.; COHEN, C. A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. *BMC Medical Ethics*, v. 19, n. 1, p. 1–8, 2018.

HUYNH, T. N. et al. The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Internal Medicine*, v. 173, n. 20, p. 1887–1894, 2013.

JOYNT, G. M. et al. The Critical Care Society of Southern Africa Consensus Statement on ICU Triage and Rationing (ConICTri). *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, v. 109, n. 8, p. 613–629, 2019.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 103–112, 2008.

LOPES, M. C. B. T. et al. Fatores associados ao comprometimento funcional de idosos internados no serviço de emergência. *Einstein*, v. 13, n. 2, p. 209-214, 2015.

NATES, J. L. et al. ICU admission, discharge, and triage guidelines: A framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. *Critical Care Medicine*, v. 44, n. 8, p. 1553-1602, 2016.

RAMOS, J. G. R. et al. A decision-aid tool for ICU admission triage is associated with a reduction in potentially inappropriate intensive care unit admissions. *Journal of Critical Care*, v. 51, p. 77–83, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.02.002>. Acesso em: 19 maio 2020.

RAMOS, J. G. R. et al. Development of an algorithm to aid triage decisions for intensive care unit admission: A clinical vignette and retrospective cohort study. *Critical Care*, v. 20, n. 1, p. 1–9, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-016-1262-0>. Acesso em: 18 maio 2020.

WHITE, D. Ethics in the intensive care unit: Responding to requests for futile or potentially inappropriate therapies in adults. Section editor: Parsons, P; Aronold, R; Deputy editor: Finlay, G. Review current through: Jun 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/ethics-in-the-intensive-care-unit-responding-to-requests-for-potentially-inappropriate-therapies-in-adults>. Acesso em: 19/05/2020.

Anexo 1 – Escala de Katz: Adaptação Transcultural

A escala de independência em atividades básicas da vida diária (ABVD), é baseada numa avaliação da independência ou dependência funcional de pacientes ao tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se. Os pacientes são classificados como totalmente dependentes quando são capazes de no máximo 2 ABVDs, parcialmente dependentes de 3 a 5, e independentes quando são capazes de realizar as 6 ABVDs).

	Independente	Dependente
Tomar banho (leito, chuveiro ou banheira) ou toma banho sozinho	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou para entrar ou sair da banheira
Vestir-se	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho
Uso do vaso sanitário	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos)	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo

Transferência	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio)	Requer ajuda para deitar na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências
Continência	Micção e evacuação inteiramente autocontroladas	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou catéteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros
Alimentação	Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral

Fonte: LINO, Valéria Teresa Saraiva et al. *Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz)*. *Cadernos de Saude Publica*, v. 24, n. 1, p. 103–112, 2008.

7. Aspectos Gerais do Luto e Peculiares no Contexto da Pandemia de COVID-19

Objetivo: Definir amplamente o luto e descrever peculiaridades no contexto do distanciamento social decorrente da pandemia.

7.1. Compreendendo o Luto

Sempre que nos sentimos ameaçados, buscamos alternativas que nos ajudem a resgatar alguma sensação de segurança e cuidado. É a partir desta experiência que formamos nossos vínculos, que são relações que estabelecemos e que podem se tornar contínuas e serem muito significativas (BOWLBY, 1998). Quando experimentamos o rompimento de um vínculo significativo, a partir da vivência de uma perda, é natural sentirmos insegurança, tristeza, pesar, revolta, entre outras reações. Essa reação dolorosa a perda é uma experiência universal, subjetiva, individual, esperada e a ela damos o nome de luto. É muito frequente a crença de que só ficamos enlutados pela morte de alguém, mas isso não é verdade. Podemos ficar enlutados pela perda de um emprego, por um divórcio, pela perda da saúde e pela perda da rotina, por exemplo (PARKES, 2009).

O luto provoca alterações e traz alguns sinais observáveis. Dentre eles destacam-se:

- Dificuldades de concentração em atividades rotineiras, confusão, alterações de memória;

- Irritabilidade;
- Alteração do sono;
- Insegurança;
- Sentimentos de choque, raiva, desesperança, desamparo, medo, hostilidade, culpa;
- Fadiga, baixa energia;
- Dor de cabeça, no estômago, palpitação;
- Perda do interesse sexual;
- Alteração do apetite;
- Dificuldades de relacionamento, perda de vontade de falar com outras pessoas;
- Conflitos com as crenças pessoais;
- Sensação de perda de memória.

A forma que o luto se expressa está diretamente ligada com a história de vida pessoal, com a cultura, a religião e os mecanismos emocionais de enfrentamento de cada um. Na maior parte dos casos, as pessoas, cada uma em seu tempo, descobrem um modo de assimilar e lidar com as mudanças na rotina, nas relações e nos projetos de vida ocorridos desde o momento da perda. Felizmente, conseguem se reorganizar, se adaptar à realidade da perda ocorrida, restabelecendo o senso de segurança e construindo uma maneira diferente de viver (PARKES, 2009).

Para o processo do luto existem alguns fatores de proteção que contribuem para a elaboração saudável e alguns fatores de risco que influenciam no surgimento de um processo de luto complicado, no qual as características do enlutamento podem ser vividas com maior intensidade, dificultando que a vida funcione (não do mesmo modo como antes) ou fique paralisada. Outras manifestações de complicações são as reações estarem ausentes, como se o sujeito não tivesse vivido nenhuma perda, ou serem vividas tardiamente, tendo o enlutado maior dificuldade de reestabelecimento da segurança e adaptação após a perda (PARKES, 2009).

Os rituais de despedida são considerados grandes aliados no processo de elaboração do luto, pois permitem que os indivíduos encontrem espaços protegidos e normalmente, “autorizados”, para expressarem sofrimentos e sentimentos. Eles possibilitam que as pessoas possam marcar a perda, homenageiem o falecido, se despeçam, busquem por apoio emocional e social mútuo no encontro com amigos e familiares, ajudem o enlutado a dar um sentido à perda e trazer certa previsibilidade através dos seus elementos tradicionais e familiares (PARKES, 2009). Em contrapartida, muitas questões características de uma pandemia são consideradas como fatores de risco para o luto, como a morte repentina e inesperada, a impossibilidade de estar próximo ou se despedir presencialmente do familiar que ficou hospitalizado, o distanciamento social, a alteração dos rituais de despedida, como os velórios, dificuldades financeiras e perdas sucessivas, o que revela a importância de falarmos sobre o luto na atualidade.

7.2. Luto e Distanciamento Social

Muitas das características comuns do luto estão sendo experimentadas no contexto atual de pandemia, além da mudança da rotina e convivência com familiares e amigos. A pandemia da COVID-19 tem trazido marcas significativas para a nossa realidade e com elas inúmeras perdas. Quando tudo começou, em dezembro de 2019 na China, parecia algo muito distante, que não chegaria ao nosso país; porém, após alguns meses, os primeiros casos foram registrados e isso fez com que perdêssemos a nossa referência conhecida de segurança e que funcionava como organizadora da nossa vida. Logo após, tudo se tornou muito imprevisível, mudamos abruptamente nossa rotina, nosso convívio social e profissional, passamos a olhar de modo diferente para nossa saúde e encarar a possibilidade de adoecer; enfim, alguns de nós vivenciamos a perda por morte de alguém muito amado (FIOCRUZ, 2020).

Diante deste futuro incerto, que parece não podermos controlar, e das frequentes informações novas acerca dos riscos que corremos, vamos experimentando sensações de angústia, tristeza e vivenciando perdas individuais e coletivas. Vivemos esta experiência de luto coletivo, pois a perda que o outro (amigos, familiares e mesmo desconhecidos) experimenta em geral é também facilmente identificada por cada um de nós. Todos buscamos formas de construir novas referências e pontos organizadores para nosso momento atual e estamos vivenciando um momento que exige uma grande mudança na relação com a nossa vida e com as pessoas que nos cercam (AUSTRALIAN CENTER FOR GRIEF AND BEREAVEMENT, 2020).

Os pacientes e familiares podem vivenciar o chamado luto antecipatório. Um processo que ocorre a partir de ameaça de perda, como uma doença que traga ameaça à vida, e permite minimamente uma busca para compreender o que está ocorrendo e encontrar recursos para lidar com essa experiência (PARKES, 2009). Possibilita, ainda, encontrar caminhos para lidar com as perdas do adoecimento e finitude, que ocorrem em várias esferas da vida (social, espiritual, emocional, física) e buscar soluções para pendências. Em situações em que o fim de vida fica mais evidente e pronunciado, o luto antecipatório possibilita que despedidas sejam organizadas e novos significados possam surgir e serem construídos. O luto, se não cuidado, poderá trazer prejuízos importantes para a saúde mental das pessoas, como processos depressivos e/ou ansiosos, perda de esperança e certa anestesia para a vida (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020).

Precisamos, como indivíduos e sociedade, reconhecer a nossa experiência de enlutamento e construir novos rituais de despedida para podermos lidar com o luto vivido. Os rituais conhecidos, como as visitas hospitalares para despedidas, os velórios, a possibilidade dos caixões abertos, o traslado do corpo para a cidade de origem em voos comerciais, os enterros, os cultos religiosos, estão alterados ou impossibilitados de ocorrer devido às recomendações para preservar a saúde da população (proibição de aglomerações e a recomendação do distanciamento social), o que pode aumentar a sensação de irrealidade da morte.

Neste cenário, é importante salientar novamente a importância de nos adaptarmos para realizar algum tipo de ritual de despedida, pois é através dele que conseguiremos construir significados para a perda, nos organizar diante de algo tão desorganizador como a morte pela COVID-19 e permitir algum fechamento da experiência vivida.

7.3. Rituais de Despedida no Contexto da Pandemia e Distanciamento Social

Os rituais devem estar conectados com a realidade e, neste momento de pandemia, precisamos utilizar a criatividade e buscar auxílio da tecnologia e da sensibilidade dos nossos colegas profissionais de saúde e das funerárias (cemitérios) para poder nos despedir e auxiliar na despedida daqueles que estiveram sob nosso cuidado. Por não poder estar presente durante o processo de adoecimento do paciente para apoiá-lo ou participar do velório, os familiares experimentam com frequência o sentimento de culpa. Embora seja um sentimento forte, é importante lembrar que não estar presente também envolveu proteção e cuidado mútuo, já que a forma de contágio da doença impossibilita as visitas (WALLACE et al., 2020). Precisamos pensar em algumas alternativas de se fazer presente durante o adoecimento para diminuir a sensação de impotência e culpa que interferirão no processo de luto dos familiares.

Ao mesmo tempo que nós profissionais de saúde somos chamados para auxiliar no processo de luto dos pacientes e seus familiares, não podemos deixar de reconhecer que também vivenciamos diversas perdas. Precisamos olhar para os nossos lutos mesmo que não tenha ocorrido uma perda direta por morte de um ente querido. Estando na linha de frente do combate à COVID-19, também sentimos inseguranças e incertezas parecidas com as das pessoas que cuidamos e com as das quais observamos em outros colegas; por isso podemos estar fragilizados emocionalmente, necessitando de mais momentos para o autocuidado e o suporte emocional.

7.4. Suporte ao Luto

O tipo de perda (morte, segurança, saúde, rotina, financeira) experimentada não qualifica ou quantifica o luto. É importante reconhecer os sentimentos envolvidos e buscar apoio com colegas de profissão, amigos, familiares, na própria espiritualidade ou com profissionais da psicologia.

Diante das questões apontadas neste texto, destaca-se a importância da reflexão sobre caminhos para passarmos por esse momento. As alternativas sugeridas a seguir podem funcionar como norteadores para o auxílio ao luto e despertar novas ideias.

Cuidados para Suporte ao Luto

Pacientes e familiares ao longo da internação:

Rastreamento de sofrimento emocional que demande suporte especializado.

Ouvir preocupações e anseios e estabelecer comunicação empática.

Visitas virtuais (com oferta de contato com paciente e também como estratégia para transmitir informações sobre a evolução clínica do paciente), preferencialmente com horário agendado.

Oferta para ligações telefônicas ou mensagens de voz para que seja possível contato com o paciente durante a internação.

Troca de bilhetes que poderão ser lidos para o paciente pelos profissionais de saúde.

Música ambiente indicada pelo paciente ou familiar.

Chamadas de vídeo entre familiares e paciente em momentos significativos (antes da intubação, após extubação, fim de vida).

Criação de mural para que família tenha bilhetes e fotografias dispostas próximo ao paciente.

Converse com os familiares sobre as restrições e os procedimentos atuais após o óbito. Isso trará uma previsibilidade dos novos padrões.

Familiares após o falecimento:

Incentive que compartilhem a informação do falecimento com os outros familiares e reforce que não será possível a presença de todos, mas que no momento da despedida mensagens de carinho e força são bem-vindas.

Oriente para que não fique isolado. Incentive que se comunique por telefone com amigos e familiares para compartilhar os sentimentos de tristeza e saudade. Identifique pessoas que podem monitorar os cuidados básicos (ligar, verificar se conseguiu se alimentar, dormir).

Se for desejo dos familiares, informe que a tecnologia pode ser uma aliada no momento de despedida para as pessoas que não podem comparecer e gostariam de participar virtualmente do velório ou sepultamento.

Os rituais de despedida/homenagens ao falecido, ou momentos como missas, reuniões familiares para apoio devem acontecer mesmo que de maneira diferente do comumente realizado pela família.

Uma vez que as medidas de distanciamento social em razão da pandemia tenham se encerrado, um momento de encontro presencial, se for desejo de todos, também pode ocorrer.

Para os profissionais de saúde, apoio e administrativo:

Utilize as redes de suporte emocional disponibilizadas gratuitamente por psicólogos no país através de chamadas de vídeo ou telefônicas. Verifique as que existem na sua região.

Reuniões de equipe para troca de experiências.

Construção de novos cumprimentos que substituem o abraço, mas que são significativos para aquele grupo de pessoas.

Compartilhem medos e angústias para encontrarem juntos alternativas de adaptação e estratégias de enfrentamento.

Tente descansar, se hidratar e se alimentar.

Converse com seus familiares ou pessoas importantes e que sejam fonte de apoio para você por telefone, mensagens e videochamadas com frequência.

Descubra quais são as estratégias de autocuidado que podem funcionar neste momento (ler, ouvir música, cantar, meditar, praticar algum esporte etc). Descomprimir e se nutrir com sensações de prazer é um ponto importante.

Busque conhecimentos que ajudem a se sentir mais seguros para tarefas diferentes que o momento exige.

Identifique colegas que precisam e ofereça ajuda. Isto pode te fazer bem também.

À medida que o luto vai sendo elaborado e nossas memórias de experiências com a pessoa falecida vão sendo integradas de modo positivo, podemos experimentar uma sensação de que a vida continua e que foi possível construir novos significados para ela. Em alguns momentos estaremos com todo gás para construir os novos projetos e seguir adiante e em outros, poderemos sentir a tristeza e a saudade de tudo que perdemos e daqueles que se foram, lembrando dos momentos importantes vividos. Oscilar nestes dois movimentos sinaliza um processo de luto adaptativo, saudável e necessário, em que a dor da perda existe, porém não nos toma por completo e não é avassaladora como também não é sufocada ou impedida de aparecer (STROEBE; SCHUT, 1999).

O nosso mundo foi transformado e a maneira de reagirmos a tudo isso também. É cuidando uns dos outros que nos fortaleceremos e seguiremos adiante!

Referências

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manejo do óbito e luto no contexto de COVID-19 em adultos em Cuidados Paliativos. 2020. Disponível em: <https://paliativo.org.br/anccp/covid19/>. Acesso em: 11 maio 2020.

AUTRALIAN CENTER FOR GRIEF AND BEREAVEMENT. Social Support and Bereavement during the Coronavirus (COVID-19) Outbreak. 2020. Last updated March 2020. Disponível em: https://www.grief.org.au/ACGB/ACGB_Publications/Resources_for_the_Bereaved/Grief_and_Bereavement_and_Coronavirus__COVID-19_.aspx?hkey=550af25b-9dba-41a5-8c26-01b5569b16dd&WebsiteKey=784c9bc2-589a-42fd-90e2-cb71549cf15b. Acesso em: 7 mai. 2020.

BOWLBY, J. (1998). Perda: tristeza e depressão. v. 3. Trilogia Apego e Perda. São Paulo: Martins Fontes.

FIOCRUZ. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19. Processo de luto no contexto da COVID-19. 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%3%bade-Mental-e-Aten%3%a7%3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-COVID-19-processo-de-luto-no-contexto-da-COVID-19.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

PARKES, C. M. Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações (Tradução Maria Helena Pereira Franco). São Paulo: Summus, 2009.

STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of bereavement: rationale and description. *Death studies*, v. 23, p. 197-224, 1999.

WALLACE, C. L. et al. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage*, In press, 2020. Disponível em: ID: mdl-32298748 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>. Acesso em: 12 maio. 2020.

8. Comunicação de Más Notícias: Como Abordar Este Desafio

Objetivo: descrever recomendações a respeito de comunicação de más notícias.

A comunicação é uma ferramenta utilizada para a prática de uma boa assistência em saúde. Aprender técnicas de comunicação e desenvolver habilidades específicas para tal faz com que o paciente e seus familiares tenham melhor entendimento do quadro clínico, um cuidado humanizado, sintam-se seguros e tenham uma relação equipe de saúde-paciente-família de qualidade (SILVA, 2011). Uma má notícia é qualquer informação que altera drasticamente a perspectiva que uma pessoa tem sobre seu futuro (BAILE et al., 2000). O que de fato é uma má notícia dependerá das vivências e expectativas que o receptor tem da notícia recebida. A comunicação de más notícias inclui comunicação de diagnóstico e prognóstico, comunicação de falha, mudança ou limitação terapêutica, comunicação de óbito, dentre outros (PEREIRA, et al., 2017).

Pacientes e familiares em situação de adoecimento encontram-se vulneráveis. É importante checar cuidadosamente qual tipo e quanto de informação será passada, quem vai receber a informação, quem vai passar e como (BERTACHINI, 2011).

A maneira como a comunicação é feita influencia na resposta emocional da pessoa que recebe a notícia e na sua perspectiva de futuro. Informar a má notícia também pode afetar emocionalmente os profissionais envolvidos. Comunicar é uma tarefa que pode gerar estresse, sentimentos de culpa, pena e sensação de falha e impotência (BERTACHINI, 2011).

A comunicação é uma habilidade a ser aprendida e melhorada. Diversos estudos propõem técnicas para uma comunicação mais empática e mais efetiva. A seguir serão apresentadas recomendações nesse sentido, elaboradas a partir de artigos e instrumentos específicos de comunicação (BAILE et al., 2000; D'ALESSANDRO et al., 2015; HARMAN; ROBERT, 2019).

8.1. Premissas Básicas

- Identificar-se (nome, profissão).
- Ter clareza quanto ao objetivo da comunicação (informação de diagnóstico, alinhamento de prognóstico com a família, comunicação de mudança, falha ou limitação terapêutica, comunicação de óbito).
- Reunir as informações necessárias (últimos resultados de exames ou pareceres de outras equipes, por exemplo).

- Linguagem clara e compreensível – evitar uso de termos médicos que dificultariam a compreensão do que está sendo dito.
- Comunicação empática (validar sentimentos).
- Comunicação progressiva (comunicar aos poucos e observar como a pessoa reage às informações para saber se pode continuar comunicando novas notícias; muita informação ou pouca informação podem interferir na segurança do indivíduo).
- Escutar atenta e ativamente, saber silenciar – ao fazer comunicação de alguma má notícia, é importante manter silêncio por alguns momentos. Esperar a pessoa (paciente ou familiar) se manifestar e somente após prosseguir.
- Não mentir.
- Atentar para a expressão não verbal. Ela nos traz muitos indícios de como a informação está sendo processada pelo interlocutor (ele está tenso, balança o pé, está irrequieto ou está atento, mantém contato visual...).
- Lembre-se que a sua comunicação não verbal também está sendo observada. Procure manter o contato visual, use tom de voz calmo, mantenha uma postura aberta, evite olhar no relógio ou celular. Demonstre estar presente.
- Nem sempre pacientes e familiares angustiados ou com medo falarão abertamente sobre isso. Algumas vezes isso será expressado através de uma postura questionadora e/ou demandante. Quando cuidar de casos assim procure uma postura acolhedora e não de embate, busque maneiras de melhorar a comunicação e dar mais confiança ao trabalho da equipe.

8.2. Comunicando uma Má Notícia

- Escolher um espaço o mais calmo e reservado possível, onde não haja interrupções. Avaliar a condição psíquica do paciente antes de iniciar a conversa.
- Sempre inicie perguntando ao paciente e/ou familiar o que ele compreende sobre o que está acontecendo. Entender o que eles já sabem e como estão lidando com o processo de adoecimento, quais são suas expectativas auxilia na definição do que priorizar na comunicação e como modular essa passagem de informações.
- Perguntar para o paciente se ele próprio gostaria de discutir assuntos sobre sua doença e quadro clínico, se gostaria de ter alguém de sua confiança junto ou se prefere que isso seja conversado com outra pessoa/familiar. Caso o paciente refira não querer saber, procurar entender o motivo pelo qual existe tal resistência. Respeite a sua preferência e deixe claro que, se em algum momento ele mudar de ideia e desejar conversar com a equipe sobre o seu quadro, a equipe estará à disposição.

- Passar informações médicas (diagnóstico, tratamentos e prognóstico). É importante fazer um recordatório alinhando as informações médicas com as informações que o paciente trouxe – isso mostra atenção ao discurso do paciente.
- Atentar para usar sempre uma linguagem simples, dar informações progressivas percebendo como o paciente está lidando com ela.
- O médico deve ser realista, manter a esperança, mas sem minimizar o problema.
- Após falar uma notícia impactante, fazer uma pausa (10 segundos ou mais) para que a pessoa tenha tempo para processar a informação e possa expressar como está se sentindo:
 - “A tomografia que o senhor fez ontem mostrou que a doença foi para o pulmão” (pausa).
 - Às vezes a pessoa pode ficar quieta por algum tempo, mais de um minuto. O que pode ajudar nessas situações é perguntar “como é para você receber essa notícia?”:
- Responda aos sentimentos do paciente, validando-os (nomear o sentimento, demonstrar compreensão pelo sentimento, dar suporte e, se adequado, explorar o que a pessoa está sentindo).
- Dar más notícias é sempre difícil, mas a compreensão do prognóstico auxiliará na relação do paciente com a equipe de cuidado, diminuição da ansiedade e menor probabilidade de escolhas de medidas fúteis e artificiais de suporte a vida.
- Ao final, realize uma síntese da conversa e programe os próximos passos. Pelo teor da conversa, pode ser que não seja possível realizar um plano de cuidados elaborado, mas minimamente combinar o que será feito nos próximos dias (iniciar medicação, discutir caso com outro profissional, marcar uma nova conversa).

8.3. Recursos que Podem Ser Acionados

Ao receber uma má notícia é natural que a pessoa se sinta fragilizada e insegura. A equipe de saúde pode auxiliá-la nesse processo de diversas maneiras, por exemplo:

- Auxilie o paciente a identificar seus recursos emocionais e a maneira de como reforçá-los.
 - “O que o(a) sr.(a) gosta de fazer quando não está sentindo nenhum desconforto?”
 - “Observei que quando o(a) sr.(a) falou que gostava de ouvir música uma sensação melhor apareceu, o que acha se pudesse ouvir mais música durante o tempo em que estiver aqui?”.
- Busque identificar e incorporar a rede de suporte familiar/social do paciente. Isto diminuirá a sensação de solidão e isolamento.
 - “Percebi que quando o(a) sr.(a) fala da sua família, se sente mais forte. Acho que temos que trazê-los para mais perto”.

- “Hoje falamos coisas importantes, alguma delas muito difíceis. Queremos construir com vocês um bom jeito de cuidar, respeitando seus valores”.
- **Acione os demais membros da equipe multiprofissional para suporte. É fundamental que a equipe médica compartilhe suas impressões sobre o caso com os demais integrantes da equipe multiprofissional e que também os escute. Quanto mais alinhada for a comunicação da equipe, mais seguros com os cuidados o paciente e seus familiares tendem a se sentir. Ao saber que ocorreu uma comunicação difícil por parte da equipe médica, a psicologia pode priorizar uma avaliação para o paciente ou a enfermagem pode compreender melhor alguns escapes de sintomas físicos e acolher o paciente quando for medicá-lo.**

8.4. Resumo dos Pontos Principais

Em suma, os passos para comunicação de más notícias envolvem: preparação para a comunicação (saber o quanto o paciente sabe e o quanto quer receber de informação, a escolha de um lugar adequado), comunicação em si (usar linguagem acessível, objetiva, demonstrando empatia) e seguimento (resumo da conversa, tirar dúvidas, planejar próximos passos). Sugere-se, para aprofundar o estudo, a leitura do anexo deste protocolo, com exemplos de diálogos disponíveis, e também acessar protocolos validados de comunicação de más notícias, como o protocolo SPIKES.

Referências

BAILE, W. F. et al. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* (em negrito), 2000, v. 5. n. 4, p. 302-311. Disponível em: <https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1634/theoncologist.5-4-302?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 8 abr. 2020.

BERTACHINI, L. Comunicação de más notícias no processo terapêutico: o desafio de dialogar com sensibilidade a verdade dos fatos. In: BERTACHINI, L.; PESSINI, L (org.). *Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas e Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 103-126.

DALESSANDRO, M. P. et al. Reunião Familiar. In: MARTINS, M.A. (edit.). *Manual do Residente de Clínica Médica* (em negrito). Barueri: Manole, 2015. p. 1198-1202.

HARMAN, S M. MD; ROBERT, M A. Discussing serious News. BLOCK, S.D. Deputy Editor: *Jane Givens UptoDate*. 2019. Review current through: Feb 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/discussing-serious-news>. Acesso em 7 abr. 2020

PEREIRA, C. R. et al. O Protocolo PACIENTE: um instrumento para dar mas notícias adaptado a realidade médica brasileira. *Rev. Assoc. Med. Bras. [conectados]*, v. 63, n. 1, p.43-49, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>. Acesso em: 10 abr. 2020.

SILVA, M. J. P. Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. BERTACHINI, L.; PESSINI, L. (orgs.). Humanização e cuidados paliativos. 5.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

Anexo – Exemplos Práticos de Diálogos

Este anexo foi elaborado com o objetivo de explicar exemplos práticos de diálogos entre paciente-família-equipe salientando frases a serem evitadas e frases que auxiliarão em uma comunicação mais efetiva e empática (D’ALESSANDRO et al., 2015; FRUTIG; GUIMARÃES; BRANCO, 2015; DETERING; SILVEIRA, 2018; WOOD; CHAITIN; ARNOLD, 2020).

Frases que devem ser evitadas:

A seguir uma lista de frases que devem ser evitadas e sugestões de como falar de forma mais empática e acolhedora:

- “Eu sei o que você deve estar sentindo.”
Prefira: “A minha experiência nos cuidados de pacientes com esta doença me ensinou que você pode estar se sentindo inseguro e com medo agora.”
- “Você não iniciou o tratamento quando deveria e por isso a doença está tão avançada.”
Prefira: “Infelizmente a medicação (x) que iniciamos parece não estar respondendo muito bem no seu organismo.”
- “Não há mais nada que possamos fazer.”
Prefira: “Parece que o tratamento (...) não está funcionando muito bem. No entanto, você pode ter certeza de que os cuidados estarão direcionados para que você não sofra.”
- “Você quer que seja feito tudo? Quer ser intubado?”
Prefira: “O senhor já pensou em como seria ir para UTI e ficar intubado?”

Exemplos de frases para uma comunicação empática:

Estimular o paciente a falar sobre seu quadro	<p>“O Sr. gostaria de conversar um pouco sobre como está o seu quadro hoje e sobre o que pode acontecer daqui pra frente?”</p> <p>“Podemos conversar com detalhes sobre o que acontece com você agora e o que poderia acontecer em situação de piora para que você possa pensar sobre quais cuidados médicos você deseja ou não receber.”</p>
Checar se o paciente deseja outras pessoas envolvidas nas comunicações	<p>“Você quer participar dessa conversa? Tem alguma pessoa que o senhor gostaria de chamar?”</p> <p>“O senhor quer saber mais detalhes do que está acontecendo? Com quem prefere que eu fale sobre isso?”</p>

Procurar entender o motivo pelo qual o paciente não deseja conversar sobre sua condição	“Compreendo que determinados assuntos podem ser difíceis de conversar, para mim é muito importante compreender por que o(a) sr.(a) prefere não discutir sobre estes assuntos para que eu tenha uma noção melhor de como abordar estes temas difíceis com você no futuro.”
Checar entendimento sobre doença e tratamento	“Eu revi seu prontuário e exames, mas gostaria de ouvir mais o que pensa sobre o que está acontecendo. O senhor poderia me contar o que está entendendo de tudo isso? O que os médicos já lhe explicaram? Quais são suas dúvidas?”
Acessar subjetividade, permitir expressão de sentimentos	“Como você está lidando com o que está acontecendo?” “Como você está se sentindo em meio a tudo isso?”
Retomar diagnóstico	“Quando perguntei ao senhor sobre o que estava acontecendo, o senhor trouxe informações muito importantes. A doença que o senhor tem pode iniciar com o sintoma que o senhor falou que apareceu logo no início. Esta é uma doença (...)”
Retomar tratamento	“Nós, como equipe, realizamos o procedimento “X” e tratamento “Y” com a expectativa de que o organismo do senhor pudesse apresentar melhora, porém...” “Também ficamos frustrados quando o medicamento “X” não trouxe bons resultados.”
Como iniciar discussão sobre instituição de suporte avançado de vida	“Alguém próximo de você já passou por uma internação em UTI ou precisou ficar intubado? Se fosse com você, o que você gostaria que fosse feito?” “O(A) sr.(a) já pensou em algum momento em como gostaria de ser cuidado/a caso algo grave lhe acontecesse?” “Pensar sobre isso nos ajudaria a cuidar melhor de você, respeitando seus valores e crenças.”
Identificar um representante	“Se em algum momento você não conseguir falar para os médicos o que quer que seja feito, com quem você gostaria que conversássemos para tomar decisões sobre o seu tratamento?”
Comunicação sobre registro das diretivas	“Como seu/sua médico/a, deixarei registrado em seu prontuário tudo que foi conversado sobre seus cuidados médicos, além de ser possível a elaboração de um documento e a determinação de uma pessoa de sua confiança como porta-voz de seus desejos caso em algum momento você não consiga nos falar.”
Como introduzir uma comunicação de má notícia	“Gostaria muito de só conversarmos coisas muito boas, mas, infelizmente, estamos falando de uma doença e algumas informações podem ser um tanto ruins, mas tentarei falar de um jeito que o(a) sr.(a) compreenda. Se ficar com dúvida é só falar.”

Validar sentimentos	<p>“Percebi que ao falar sobre o sintoma (...) o(a) sr.(a) ficou mais nervoso, o que é completamente aceitável nessa situação. Qual seu medo em relação a isso? (...) se não quiser falar sobre isso agora, nossa equipe estará a disposição para conversar quando o (a) sr.(a) sentir vontade.”</p> <p>“É natural ficar com medo ou assustado nesta situação, quer falar um pouco mais sobre isso?”</p> <p>“O(a) sr.(a) sentir tristeza é compreensível, estamos aqui com você e daremos todo o cuidado necessário para o(a) sr.(a) ficar confortável.”</p> <p>“Estamos conversando sobre algo muito difícil e a tristeza, a raiva são sentimentos que fazem parte desse contexto.”</p>
Explorar crenças e valores	<p>“O que é mais importante para você, na sua vida? ”; “Tem algo que te preocupa?; “Quando você pensa no futuro, o que lhe vem à mente?”; “Tem alguma coisa que você gostaria que a equipe soubesse/levasse em consideração ao cuidar de você em termos de valores de vida?”</p>
Estimular paciente a falar sobre suas preferências de cuidados	<p>“O senhor já conversou com a sua família sobre estas preocupações ou sobre a maneira com que gostaria de ser cuidado?”</p> <p>“Seria importante que seus familiares soubessem sobre seus desejos e escolhas.”</p> <p>“Vamos combinar em conjunto de que forma poderia realizar seu desejo de retornar para casa?”</p>
Resumir/ rever o que foi discutido	<p>“Você gostaria de rever o que a gente havia decidido sobre seus cuidados? Quero saber se o que havíamos decidido anteriormente ainda é o que o senhor deseja.”</p>
Dar suporte e segurança	<p>“Mantemos nossa atenção para construirmos juntos a melhor maneira de cuidar do(a) sr.(a).”</p> <p>“É importante que saiba que podemos ter tantas conversas quanto forem necessárias para esclarecer suas dúvidas e atualizar seus planos de cuidados.”</p> <p>“Promover conforto e dignidade para seu pai é nossa prioridade.”</p>

Para aprofundar o tema, sugerimos acessar o conteúdo disponibilizado pela organização Vital Talks (<https://www.vitaltalk.org/clinicians/>), que consiste em cursos e vídeos sobre técnicas de comunicação nas diferentes situações.

Referências

DALESSANDRO, M. P. et al. Reunião Familiar. In: MARTINS, M.A. (edit.). Manual do Residente de Clínica Médica (em negrito). Barueri: Manole, 2015. p. 1198-1202.

FRUTIG, M. A.; GUIMARAES, T. V. V.; BRANCO, T. P. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital. MARTINS, M. A. (org.). Manual do Residente de Clínica Médica. Barueri: Manole, 2015. p. 1215-19.

DETERING, K.; SILVEIRA, M. J. Advance care planning and advance directives Section Editor: Robert M Arnold, Deputy Editor: Jane Givens All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Feb 2020. | This topic last updated: May 04, 2018. Acesso em: 31 mar. 2020.

WOOD, G. J.; CHAITIN, E.; ARNOLD, R. Communication in the ICU: Holding a family meeting. Section Editor: PARSONS, P., SCHWENK, T L, Deputy Editor: FINLAY, G. All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Feb 2020. | This topic last updated: Jan 17, 2020. Acesso em: 31 mar. 2020.

9. Reunião Familiar: Como Planejar e Executar Essa Importante Abordagem

Objetivo: Descrever como uma reunião familiar deve ser planejada e executada.

A reunião familiar é um instrumento terapêutico de cuidado caracterizado por um encontro pré-agendado entre a equipe, paciente e familiares do paciente doente para discussão de diversos assuntos (D’ALESSANDRO et al, 2015; SILVA et al., 2018). É um momento para compartilhar informações, decisões, ouvir a família e responder aos seus questionamentos, auxiliar na resolução de problemas e planejamento de cuidados, bem como oferecer suporte sobre decisões de suspensão ou não de medidas invasivas (HUDSON et al., 2008; SILVA et al, 2018).

Esta reunião é um procedimento que costuma trazer segurança emocional para a família, que percebe a disponibilidade da equipe de saúde para ouvi-los, esclarecer suas dúvidas e os reconhecer como parcela importante dos cuidados prestados ao paciente.

Entende-se por família, neste contexto, pessoas com vínculo biológico ou não e que estão emocionalmente ligadas ao paciente oferecendo apoio no período de adoecimento e hospitalização (D’ALESSANDRO et al., 2015).

A reunião familiar pode ser realizada em diversas situações, mas principalmente nos cenários a seguir (HUDSON et al., 2008; D’ALESSANDRO et al.; 2015):

- Alinhamento de informações;
- Diagnóstico e prognóstico;
- Opções de tratamento;
- Planejamento de cuidados;
- Definição sobre instituição de medidas de suporte avançado;

- Definição sobre cuidados de fim de vida;
- Familiares mais presentes no cuidado que apresentam sinais de ansiedade e/ou insegurança (muito solicitantes ou questionadores).

9.1. Estratégias

- Valorizar e respeitar a fala dos familiares.
- Reconhecer as emoções expressadas.
- Escutar ativamente e de forma empática.
- Estimular e permitir a realização de perguntas.
- Fornecer informações sobre o processo de luto.
- Reconhecer alguns aspectos do funcionamento familiar, o que auxilia a decidir com quem falar inicialmente, quem não deve deixar de participar da reunião e como apresentar as questões. Esta análise deve ser feita e compartilhada anteriormente, sempre que possível, por todos os membros da equipe que assiste o paciente.

A reunião familiar é um diálogo e não uma terapia (SILVA et al., 2018). Quando se faz este tipo de encontro, os familiares trazem consigo seus sentimentos, angústias, a complexidade das relações, a dinâmica familiar e os conflitos para dentro da reunião. O padrão da família é anterior à doença, porém, o processo de adoecimento da pessoa e a realização da reunião podem exacerbar tudo isso. A equipe que conduz a reunião deve lembrar que está ali para acolher e esclarecer, não julgar, e se manter neutra diante dos familiares (D’ALESSANDRO et al., 2015).

9.2. Preparos Antes da Reunião

Levar em conta os seguintes aspectos antes de iniciar a reunião familiar (HUDSON et al. 2008; D’ALESSANDRO et al., 2015; SILVA et al. 2018)

- Se o(a) paciente estiver lúcido(a), questione se a reunião deve ser realizada e se deseja participar, bem como quem ele(a) quer que participe (familiares) da reunião.
- Nas situações onde há mais de um núcleo familiar envolvido (fruto de uniões anteriores), o cuidado deve ser redobrado, pois nem sempre as separações ocorreram de forma harmoniosa, e não cabe a nós profissionais julgar. Se o paciente optar pela presença de algum familiar distante, o recomendado é que esta definição seja alinhada com a família atual, para não surgir novos conflitos ou trazer à tona problemas antigos. O objetivo é que o equilíbrio familiar se mantenha após o óbito do paciente (ANDRADE, 2012).

- Realize uma “pré-reunião” de alinhamento com a equipe para definir:
 - Objetivo da reunião - levantar pontos a serem discutidos e os prováveis encaminhamentos. Toda a equipe deve compartilhar das mesmas informações;
 - Quais/quantos profissionais participarão da reunião - deve haver um equilíbrio entre o número de profissionais e familiares na reunião para que não haja sobrecarga ou desconforto. Seria indicado que os profissionais que participarem da reunião tenham tido contato prévio com o paciente e/ou familiar;
 - Qual profissional irá liderar a reunião - geralmente é o médico, mas não precisa ser este em todos os momentos.
 - Em qual local será realizada a reunião - indica-se uma sala que comporte os participantes sentados, de forma que permita contato visual entre todos para que possam ficar confortáveis. Deve ser um local onde as pessoas tenham privacidade e não sofram interrupções. Ter materiais que tragam conforto e expressem cuidado ajuda nos momentos críticos (lenço de papel, água, café). Se possível, os profissionais devem manter o celular/ ramal desligado.
 - Tempo de reunião - reuniões familiares têm durações variadas; a equipe deve se programar para ficar, em média, uma hora na reunião.

9.3. Durante a Reunião

Sugere-se seguir os seguintes passos durante a realização da reunião familiar (HUDSON et al. 2008; D’ALESSANDRO et al., 2015):

Agradeça a presença e inicie as apresentações – todos devem dizer o nome; os profissionais indicam qual a sua função e os familiares, qual a sua relação com o paciente.

Esclareça a todos o objetivo da reunião – e cheque se todos entenderam.

O profissional deve perguntar o que os familiares sabem sobre a doença, como o paciente tem evoluído em relação ao tratamento – podem existir percepções diferentes entre os familiares.

Cheque se existe um cuidador mais frequente – verifique como é a relação dele com o paciente e busque entender o papel de cada um na dinâmica familiar, estimulando o compartilhamento de cuidados e informações.

Faça um resumo da história de adoecimento do paciente desde que a equipe iniciou o acompanhamento e da condição clínica atual – este recordatório ajudará os familiares a compreender a evolução clínica do paciente. Sempre que possível faça conexões entre o que está sendo falado pela equipe e o que a família relatou anteriormente.

Use uma linguagem clara, acessível e objetiva – cheque se entenderam o que foi dito e dê espaço para que sejam feitas perguntas.

Confirme também o seu entendimento – é interessante quando o familiar falar algo que fique confuso, que o condutor da reunião ou para quem o familiar se direcionou no momento repita para o familiar o que foi compreendido e confirme se esta informação é a que ele desejava passar.

Mantenha-se atento para dar informações aos poucos e observar como as pessoas reagem para saber o quanto poderá prosseguir na comunicação – o silêncio é uma importante ferramenta na comunicação de más notícias, pois permite que o familiar se reorganize e manifeste suas dúvidas e receios.

Permita que os familiares tirem dúvidas e expressem suas preocupações – algum membro da família pode ficar mais calado; então, sugere-se que seja realizado um convite para que se coloque, ressaltando a importância da opinião dele. Caso ele não deseje falar no momento, não se deve insistir, mas deixe uma porta aberta para futuras conversas.

Mantenha espaço aberto para a expressão de angústias e sentimentos – validar emoções gera segurança e aproxima os familiares da equipe.

Atente-se para a comunicação não verbal – olhar no olho, tom e volume de voz equilibrado, corpo voltado para quem está falando, postura relaxada e aberta, meneios positivos com a cabeça passam segurança e acolhimento.

Descreva brevemente a história natural da doença e qual a evolução clínica mais provável – isto trará certa previsibilidade para o familiar, o que implica o aumento da segurança emocional.

Alinhe o planejamento de cuidados, quais os próximos passos do tratamento de acordo com o quadro atual, visando respeitar, quando possível, os desejos e valores do paciente – caso existam diretivas antecipadas de vontade (verificar capítulo “Diretrizes antecipadas de vontade e planejamento avançado de cuidados”) o assunto deve ser abordado na reunião familiar, sendo defendido pela equipe o desejo declarado do paciente. Pode-se conversar sobre terapias que não são apropriadas caso sejam trazidas na fala do familiar, esclarecendo riscos e benefícios. Aconselha-se trazer para família os procedimentos que podem ser realizados na atual situação do paciente.

Reforce e ajude a família a cumprir sua função cuidadora – otimizar as potencialidades de cada membro no cuidado ao paciente.

Incentive o compartilhamento de informações importantes aos familiares mais próximos, incluindo as crianças e respeitando a linguagem que elas assimilam – partilhar o momento do adoecimento com os outros familiares ajudará no processo de elaboração do luto caso o paciente venha a falecer.

Detecte fatores de risco para luto complicado e trabalhe com a equipe para auxiliar nesses pontos durante o processo de adoecimento – o cuidado da equipe estende-se ao cuidado ao luto.

Combine o próximo encontro – pode ser necessária uma nova reunião familiar, que poderá ser marcada após reorganização e devolutiva da família.

ATENÇÃO: não é aconselhada a realização de falsas promessas aos familiares e ao paciente, bem como evitar utilizar frases como “Não há mais nada que possamos fazer”; “Esses medicamentos vão deixar o paciente morrer sem sofrer”, ou que aumentem as incertezas.

9.4. Após a Reunião

Logo após a reunião, sempre que possível, os profissionais devem se reunir para avaliar como foi a reunião

– verificar se o objetivo foi atingido, qual a percepção sobre a dinâmica familiar, como a comunicação foi feita, como podem ajudar a família na organização do cuidado e nas demandas apresentadas, entre outros pontos.

Registre em prontuário a reunião familiar – quais participantes, conteúdos discutidos (de forma resumida) e as decisões tomadas.

Pontos críticos:

- Situações de crise e emergenciais que impedem contato prévio com familiares;
- A equipe não alinhar objetivos antes da reunião;
- Famílias inseguras e com problemas de relacionamento com a equipe;
- Familiares com transtornos psiquiátricos prévios descompensados.
- Familiar com ausência de suporte (único cuidador);
- Famílias com sinais indicativos para luto complicado (perdas recentes, múltiplas perdas, morte de crianças e jovens, não poder entrar em contato com o ente querido diante da possibilidade de óbito, doença aguda, relações conflituosas prévias etc.).

Referências

ANDRADE, L. Providências práticas para toda a família. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. F. (org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 400-410.

DALESSANDRO, M. P. et al. Reunião Familiar. In: MARTINS, M.A. (edit.). Manual do Residente de Clínica Médica. Barueri: Manole, 2015. p. 1198-1202.

HUDSON, P. et al. Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. BMC Palliat Care, v. 7, n. 12, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-7-12>. Acesso em: 6 abr. 2020.

SILVA, R. S. et al. Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. Rev. Bras. Enferm., v. 71, n. 1, p. 218-226, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0206.pdf. Acesso em: 23 abr. 2020.

10. Diretivas Antecipadas de Vontade e Planejamento Avançado de Cuidados

Objetivo: Descrever o que é e como realizar o planejamento de cuidados e a comunicação com o paciente sobre diretivas antecipadas de vontade.

10.1. Diretivas Antecipadas de Vontade

As diretivas antecipadas de vontade são instruções escritas realizadas pelo paciente maior de idade (18 anos ou mais), com autonomia e capacidade de decisão preservadas, sobre como devem ser tomadas decisões de tratamento médico quando esta pessoa não tiver mais condições para tal (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

Sua aplicação está relacionada com doenças sem possibilidade curativa ou quadros clínicos com danos irreversíveis. A definição das diretivas antecipadas é um processo dinâmico que deve ser revisado periodicamente quando decisões clínicas precisam ser tomadas e, principalmente, no momento da admissão hospitalar (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

No Brasil, o respaldo ético encontra-se na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1995/2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes e diz o seguinte (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012):

Art. 1: Definir diretrizes antecipadas de vontade como “conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.”

Art. 2: Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

Parágrafo 1: Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

Parágrafo 2: O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante legal, caso em sua análise, as mesmas estejam em desacordo com o Código de Ética Médico.

Parágrafo 3: As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

Parágrafo 4: O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

Parágrafo 5: Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas do paciente, não existindo um representante legal e havendo desacordos entre familiares, o médico deverá recorrer ao Comitê de Bioética da Instituição ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ainda ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre os conflitos éticos existentes.

O médico deverá registrar em prontuário as diretivas antecipadas de vontade que foram comunicadas diretamente pelo paciente; não exige a presença de testemunhas ou que o documento seja firmado em cartório. É importante que o médico possa estimular a elaboração das diretivas antecipadas de vontade com o paciente utilizando uma linguagem clara e esclarecendo dúvidas sempre que existirem (THOMPSON, 2015). Portanto, o registro das diretivas antecipadas permite que a equipe tenha suporte ético na tomada de decisão. As diretivas são usadas quando o médico verifica que o paciente não possui mais capacidade de decidir sobre seu plano de cuidados devido ao seu estado clínico.

As diretivas costumam ser lembradas no contexto de pessoas idosas ou gravemente adoecidas, mas idealmente todos os adultos deveriam preparar diretivas antecipadas pois estas podem ajudar em situações de enfermidades agudas e graves (THOMPSON, 2015).

10.2. Testamento Vital

No Brasil, o termo testamento vital costuma ser utilizado quando o documento é registrado em cartório. Trata-se de documento que uma pessoa com discernimento e civilmente capaz (maior de 18 anos) redige sobre quais tratamentos e procedimentos médicos quer ou não quer ser submetida. Tipicamente, o testamento vital inclui decisões sobre utilização de medidas artificiais de suporte à vida, como diálise, entubação orotraqueal e uso de droga vasoativa. Pode incluir outras opções de cuidado (hospitalização, uso de sonda nasointestinal, uso de quimioterapia etc.). É aplicado para pacientes gravemente enfermos e incapacitados. É indicado que o testamento vital seja construído com o auxílio de um médico de confiança, que apenas irá orientar tecnicamente (cuidados obrigatórios e não obrigatórios; procedimentos) e sem impor sua vontade e/ou seus interesses. Se possível, deve ser consultado um advogado com experiência no tema para esclarecimento de dúvidas jurídicas (orientação quanto ao lavramento de escritura pública perante tabelião de notas). É válido até que o paciente o cancele (FRUTIG; GUIMARÃES, BRANCO, 2015; THOMPSON, 2015).

Também existe a possibilidade de mandato duradouro, em que o paciente elege um representante, que é alguém em quem confia, para que tome decisões sobre seus cuidados médicos quando este não for mais capaz de tomá-las, respeitando os desejos expressos anteriormente (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

10.3. Como Iniciar a Abordagem sobre Diretivas Antecipadas

- Ao contato com o paciente, de maneira empática, deve-se explorar pensamentos, valores e objetivos de cuidados médicos em caso de enfermidade grave.

- Perguntar ao paciente se ele já pensou alguma vez sobre como gostaria de ser cuidado caso tivesse uma doença grave ou algum problema irreversível.
- Estimular sempre que possível o diálogo entre paciente e familiares.
- Focando em estabelecer relação emocional de segurança com o paciente, afirmar que existem formas seguras de registrar este desejo de como quer ser cuidado.
- Deve-se deixar claro que as diretivas antecipadas de vontade podem ser alteradas e realizados novos registros.

10.4. Planejamento Avançado de Cuidados

Planejamento avançado de cuidados é um processo no qual pacientes, familiares e equipe de saúde definem objetivos de cuidados e tratamentos futuros, baseando-se nos desejos e valores do paciente e em questões técnicas (RIETJENS et al., 2017; EPSTEIN, 2018; DETERING; SILVEIRA, 2020).

Preconiza-se que o planejamento de cuidados seja feito através de tomada de decisão compartilhada, isto é, a equipe de saúde deve ter uma escuta ativa, entender como o paciente e a família estão compreendendo o processo de adoecimento, buscar ouvir sobre a história de vida do paciente, quais são as coisas que mais importam para ele e o que faz com que a sua vida tenha sentido (RIETJENS et al., 2017).

Além disso, os profissionais (mais frequentemente o médico) devem prover o paciente com informações sobre seu diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento, os riscos e benefícios de cada uma delas (RIETJENS et al., 2017; DETERING; SILVEIRA, 2020).

A ideia é que unindo as informações biográficas e de valores do paciente às questões técnicas do cuidado se construa um planejamento de cuidados individualizado que faça sentido para aquela pessoa, tanto em termos de medicina baseada em evidência como em termos pessoais.

O principal objetivo do planejamento de cuidados é garantir que a medida que o quadro avance o paciente receba tratamentos e cuidados de saúde em consonância com as suas preferências (RIETJENS et al., 2017; AGARWAL; EPSTEIN, 2018).

Para tanto, realizar o planejamento envolve discutir os seguintes assuntos:

1. Valores de vida e desejos de cuidado do paciente e da família;
2. Possíveis situações clínicas e respectivos desfechos;
3. Opções de tratamento;
4. Diretivas antecipadas de vontade;
5. Opções de cuidados de fim de vida.

O planejamento permite que em um momento de piora clínica, no qual o paciente não consiga se expressar, a família tome decisões baseadas nas preferências discutidas anteriormente com ele (DETERING; SILVEIRA, 2020). Isto ajuda a minimizar o sofrimento, pois reduz o stress relacionado à tomada de decisão no momento de crise e facilita o enfrentamento do processo de finitude de seu ente querido (DETERING; SILVEIRA, 2020).

O planejamento é uma construção em conjunto que pode ser iniciada em qualquer momento da vida do indivíduo. O conteúdo do planejamento vai variar conforme a condição de saúde em que o paciente se encontra, desde um contexto de ausência de sintomas da doença até uma situação de terminalidade. Isso inclui conversar com pacientes enquanto recebem tratamento modificador de doença. De qualquer forma, o planejamento é um constructo que deve ser revisado regularmente, principalmente quando há mudança no quadro clínico do indivíduo ou após a admissão do paciente no hospital, para verificar se ele mantém ou não as suas preferências de cuidados ou se gostaria de acrescentar alguma nova informação (RIETJENS et al. 2017; AGARWAL; EPSTEIN, 2018).

O ideal é que essa conversa seja feita enquanto o paciente ainda tenha capacidade para decidir sobre si, mas também pode ser feita com os familiares ou representante legal, caso a pessoa não consiga mais responder.

Etapas do planejamento (DETERING; SILVEIRA, 2020):

- 1. Avaliar a capacidade do paciente em tomar decisões.** Em pacientes com depressão descompensada, idealmente tratar primeiro o quadro de humor.
- 2. Deve-se perguntar para o paciente se ele quer ser envolvido nos processos de tomada de decisão ou se prefere que a equipe fale com um familiar;** se for apropriado, estimular o paciente a chamar familiares para a conversa.
- 3. Obter permissão:** convidar o paciente para conversar sobre seu quadro atual e cuidados futuros.
- 4. Estabelecer o ponto de início:** checar entendimento do paciente e seus familiares sobre sua doença e trazer todos para a mesma página, isto é, uniformizar as informações de maneira que todos entendam o momento atual.
- 5. Explorar crenças e valores:** procurar entender o que é viver bem para uma pessoa e qual a expectativa dela em relação ao tratamento.
- 6. Ao dar informações evitar termos técnicos ou eufemismos:** procurar ser claro e objetivo ao passar as informações sobre o estado de saúde atual e quais escolhas ele poderá encarar no futuro (a depender da doença de base do paciente).
- 7. Introduzir assuntos sobre tratamentos invasivos:** questionar o paciente se ele já parou para pensar em como gostaria de ser cuidado, que tratamento gostaria de receber. Algumas pessoas têm experiências prévias de familiares sobre reanimação e intubação e esta pode ser uma forma de introduzir o assunto.
- 8. Explicar os riscos e benefícios das diferentes opções de tratamento.** Esclarecer quando medidas invasivas e artificiais de suporte de vida são benéficas e quando deixam de ser tecnicamente benéficas.

9. **É importante lembrar que esses assuntos devem ser colocados de forma gradativa.** Não é preciso e dificilmente se consegue definir tudo em uma conversa. O planejamento de cuidados é uma construção, só se consegue abordar priorização de medidas de conforto em detrimento de medidas invasivas, por exemplo, com um paciente/família que já tenham compreendido estar lidando com um diagnóstico incurável avançado cujos tratamentos não estão dando bons resultados.
10. **Após ponderar os aspectos pessoais e técnicos envolvidos é que se constrói o planejamento de cuidados avançado,** o qual deve ser compartilhado entre equipe de saúde e paciente/família.
11. **É interessante que nesse processo se pergunte ao paciente também quem ele gostaria que fosse abordado sobre tomada de decisões de tratamentos,** no caso dele não conseguir falar por si.
12. **Outro ponto importante é disseminar as escolhas:** se perceber que é apropriado, estimule o paciente a conversar com seus familiares sobre suas preferências de cuidado.
13. **Sempre registrar as preferências em prontuário** para que toda a equipe responsável pelo paciente tenha acesso ao que foi discutido.
14. **Lembrar de rever as preferências do paciente periodicamente,** principalmente após o paciente ter ficado internado e em caso de piora clínica.

Veja no “Anexo - Exemplo Práticos de Diálogos” do capítulo de “Comunicação de Más Notícias: Como Abordar Esse Desafio” alguns exemplos práticos de como abordar essas questões.

Referências

AGARWAL, R.; EPSTEIN, A.S. Advance Care Planning and End-of-Life Decision Making for Patients with Cancer. *Semin. Oncol. Nurs.*, v. 34, n.3, p. 316-326. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6156999/>. Acesso em: 31 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 26 mar. 2020.

DADALTO, L.; TUPINAMPÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev. bioét.*, v. 21, n. 3, p. 463-476, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a11v21n3.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

DETERING, K.; SILVEIRA, M.J. Advance care planning and advance directives. ARNOLD, R.M.; GIVENS, J. (ed.). *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives>. Acesso em: 31 mar. 2020.

FRUTIG, M.A.; GUIMARÃES, T.V.V.; BRANCO, T.P. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital. In: MARTINS, M.A. (org.). *Manual do Residente de Clínica Médica*. Barueri: Manole, 2015. p. 1215-1219.

RIETJENS, J.A.C. et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.*, v. 18, v.9, p. 543-551, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(17\)30582-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(17)30582-X/fulltext). Acesso em: 25 mar. 2020.

THOMPSON, A.E. Advance Directives. *JAMA*, v. 313, n. 8, 2015. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2130319>. Acesso em: 25 mar 2020.

11. Particularidades da Comunicação no Contexto de Distanciamento Social

Objetivo: Retomar brevemente conceitos de comunicação e ampliá-los para o contexto do distanciamento social.

11.1. Contextualização

Neste capítulo serão retomados brevemente os princípios de comunicação de más notícias (Capítulo – “Comunicação de Más Notícias: Como Abordar Esse Desafio”) e, em seguida, serão discutidas particularidades da comunicação no contexto de distanciamento social.

A comunicação é uma ferramenta importante para um cuidado de qualidade. Uma boa comunicação requer o desenvolvimento de habilidades específicas que irão interferir positivamente no cuidado, na segurança física e emocional do doente e de seus familiares e na relação interpessoal entre equipe-paciente-família (SILVA, 2011).

Uma notícia de adoecimento e tudo que o envolve é sempre uma má notícia. Ela irá alterar a perspectiva de futuro do paciente e de seus familiares deixando-os mais vulneráveis. A resposta emocional dos pacientes e como estes irão se relacionar com a equipe, confiando nela ou não, está intimamente ligada à forma como a má notícia é dada (BAILE et al., 2000).

Dar uma má notícia é uma tarefa emocionalmente difícil para os profissionais de saúde. Gera estresse, sentimento de culpa, pena e sensação de falha. Para evitar estes sentimentos, muitos profissionais não desenvolvem suas habilidades de comunicação e colocam em risco a qualidade do cuidado prestado (BERTACHINI, 2011).

Algumas premissas são básicas para uma comunicação de qualidade (D’ALESSANDRO et al., 2015; BAILE et al., 2000; HARMAN; ROBERT, 2019). São elas:

- 1. Identificação:** Sempre dizer seu nome e qual sua atuação profissional. Se a comunicação não for com o paciente, é importante saber o nome da pessoa com quem você está falando e qual a relação dela com o paciente.
- 2. Ter claro qual o objetivo da sua comunicação** (falar sobre diagnóstico, alinhar prognóstico, construir planejamento de cuidados, dar notícia de óbito etc.).
- 3. Reunir todas as informações necessárias para a comunicação.**
- 4. Saber quanto tempo tem disponível para o encontro.** Isso ajudará na organização do momento da comunicação.
- 5. Utilizar linguagem clara e compreensível** (evitar termos muito específicos que dificultem o entendimento).
- 6. Reconhecer os sentimentos da pessoa** com quem fala, estabelecendo uma comunicação empática.
- 7. Investigue o que a pessoa já sabe e o que gostaria de saber.** Seja progressivo nas informações. Não fale tudo de uma vez, comunique aos poucos e confirme se está sendo compreendido. Dê pausas, sustentando o silêncio e mostrando que está atento ao outro.
- 8. Nunca minta.** Falsas esperanças trazem mais sofrimento.
- 9. Atente-se para sua comunicação não verbal.** Seu corpo e seu comportamento dizem muito sobre você!
- 10. Deixe a oportunidade de conversarem novamente caso seja necessário.**

Uma comunicação adequada, feita com empatia e técnica, garante uma passagem segura de informações, alinhamento de expectativas quanto ao processo de adoecimento, auxílio na segurança emocional dos envolvidos e no processo de luto.

11.2. Particularidades da Comunicação na pandemia de COVID-19

Estabelecimento de uma via de comunicação:

A pandemia de COVID-19 causou mudanças e novos desafios nas relações interpessoais pela necessidade de distanciamento social e a não permanência de acompanhantes e visitas para pacientes internados. Com isso, a comunicação relacionada ao adoecimento também sofreu mudanças.

Com o impedimento de reuniões presenciais e/ou conversas com familiares no momento da visita ao paciente, a comunicação entre equipe de saúde e família precisou se adequar rapidamente e passou a ser feita por outros meios, como telefone ou videochamada.

Diante disso, para garantir a comunicação entre médicos, familiares e pacientes, o Conselho Federal de Medicina publicou em 19/3/2020 o ofício nº 1756/2020 – COJUR:

“Este Conselho Federal de Medicina (CFM) decidiu aperfeiçoar ao máximo a eficiência dos serviços médicos prestados e, em caráter de excepcionalidade e enquanto durar a batalha de combate ao contágio da COVID-19, reconhece a possibilidade e a eticidade da utilização da telemedicina, além do disposto na Resolução CFM nº 1.643, de 26 de agosto de 2002, nos estritos e seguintes termos:

- *Teleorientação: para que profissionais da medicina realizem à distância a orientação e o encaminhamento de pacientes em isolamento.*
- *Telemonitoramento: ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença.*
- *Teleinterconsulta: exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.”*

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1643/2002 definiu a Telemedicina como o “exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde”.

A partir do Parecer nº 14/2017 do Conselho Federal de Medicina é permitido o uso de aplicativos de comunicação para troca de informações: “O WhatsApp e plataformas similares podem ser usados para comunicação entre médicos e seus pacientes, bem como entre médicos e médicos em caráter privativo para enviar dados ou tirar dúvidas com colegas, bem como em grupos fechados de especialistas ou do corpo clínico de uma instituição ou cátedra, com a ressalva de que todas as informações passadas têm absoluto caráter confidencial e não podem extrapolar os limites do próprio grupo, tampouco podem circular em grupos recreativos, mesmo que composto apenas de médicos, ressaltando a vedação explícita em substituir as consultas presenciais e aquelas para complementação diagnóstica ou evolutiva a critério do médico por quaisquer das plataformas existentes ou que venham a existir”.

Cada serviço deve buscar garantir um canal de comunicação com os familiares, estabelecendo um fluxo dentro da realidade e possibilidades que o serviço oferece. Para este planejamento, seguem algumas recomendações:

É importante escolher e adaptar um local adequado, tranquilo e sem ruídos, garantir equipamentos para o bom funcionamento da comunicação.

Identificar quem é o familiar de referência a ser contatado pela equipe de saúde por telefone ou videochamada. É importante garantir que os contatos dessa pessoa sejam registrados adequadamente e, se possível, registrar também os contatos de uma segunda pessoa de referência, caso não se consiga falar com a primeira.

Em um primeiro contato, o membro da equipe que o fizer deve:

- Certificar-se de estar falando com a pessoa de referência do paciente;
- Orientar o familiar a ficar em um local seguro, tranquilo e sem muito ruído;
- Identificar se existem outras pessoas para estar junto na comunicação;
- Identificar qual o recurso disponível pela família para a comunicação: telefonema, videochamada;
- Informar o período estabelecido no fluxo da equipe para a comunicação da equipe com o familiar.

Esclarecer para o familiar que o objetivo da comunicação é garantir a transparência no cuidado, possibilitar que o familiar conheça a equipe responsável pelo cuidado, mantê-lo informado e manter a proximidade dele com o paciente.

Definir uma regularidade na comunicação, tanto com paciente quanto com familiares, possibilita que desenvolvam recursos emocionais para lidar com os desajustes do adoecimento. Garantir um mínimo de previsibilidade auxilia a reduzir a ansiedade e aumenta a confiança.

A chamada por vídeo possibilita melhor interatividade na comunicação e permite mais proximidade entre equipe e familiares. Entretanto, exige equipamentos tecnológicos (smartphone e/ou computador com câmera e microfone) e sinal de internet estável.

Idealmente, o contato com a família deve ser feito pelo profissional que avaliou o paciente naquele dia. Quando não for possível, pode-se estruturar um comitê de comunicação, formado por profissionais responsáveis por coletar as informações do prontuário, para a comunicação com a família. É importante apontar que o preenchimento adequado de prontuário é fundamental para viabilizar essa estratégia.

Culturalmente no Brasil as pessoas esperam receber notícias da equipe médica. Se no comitê de comunicação não houver um médico diariamente, pode-se considerar estabelecer uma agenda em que alguns dias a equipe médica participe da comunicação e, em outros, outro membro da equipe multiprofissional a faça. Outra estratégia é priorizar que a equipe médica fale com os familiares dos pacientes mais graves, quando há piora clínica e quando há necessidade de comunicações para tomada de decisão compartilhada. Sempre que possível, a comunicação deve ser realizada por dois membros da equipe.

Outro ponto a ser considerado é a horizontalidade. Quando possível, é pertinente que seja um mesmo profissional ou pequeno grupo de profissionais que fale com a família, pois isso favorece o estabelecimento de vínculo, confiança e continuidade de cuidados.

Além da comunicação entre a equipe e os familiares é interessante, quando possível, realizar a visita familiar digital, viabilizando que o paciente e seus entes mantenham contato. Ao estruturá-la é importante garantir que outros pacientes não sejam expostos durante a comunicação.

Para a comunicação entre paciente e familiares, seguem sugestões:

- Utilização de celulares ou tablets ou notebooks (da instituição) com aplicativos de comunicação. Um profissional (evitar tirar profissionais da assistência) em horário pré-acordado com a família e devidamente paramentado dirige-se até o quarto do paciente e realiza a chamada (se possível, fazer chamada de vídeo). Tentar contato primeiro no telefone designado como sendo do responsável; se não houver sucesso, ligar para o segundo número de telefone cadastrado.
- Na impossibilidade de a instituição ter tais equipamentos, verificar possibilidade de o paciente permanecer com seu aparelho celular no quarto, desde que o hospital tenha protocolo sobre guarda de pertences e que paciente/família sejam informados sobre esta rotina.
- Utilização de e-mails como forma de contato entre paciente e família. A instituição disponibilizaria um e-mail por onde os familiares podem enviar mensagens para os pacientes. Orientar os familiares a colocarem o nome do paciente no campo “assunto” do e-mail. Uma vez por dia, em horário preestabelecido, um profissional deve acessar o e-mail e lê-lo para o paciente. Este então poderia optar por respondê-lo com ajuda do profissional, ditando a mensagem. Sugere-se delimitar o tamanho da mensagem (parágrafo com 5 linhas, por exemplo) para não sobrecarregar a equipe. Orientar a família que este não é um canal para tirar dúvidas, mas sim enviar mensagens ao paciente.
- Para os pacientes que se encontram sedados e impossibilitados de falar: se houver o recurso do celular ou do notebook da instituição, a família pode gravar mensagens de áudio (de até 1 minuto) e um profissional colocar o áudio para tocar próximo do paciente. Caso isso não seja possível, o familiar pode escrever uma mensagem por e-mail (parágrafo com 10 linhas, por exemplo) para que a mensagem seja lida por um profissional.

Com essas medidas sugeridas, busca-se amenizar o sofrimento diante do distanciamento social e da não possibilidade de presença dos familiares junto ao paciente durante a internação. Garantir a comunicação reduz medo, ansiedade e sensação de abandono; aproxima as famílias da equipe, possibilitando estreitar confiança, credibilidade e responsabilidade para com o cuidado; reduz o risco de luto complicado e de estresse pós-traumático que pode acometer familiares e pacientes.

A proximidade da equipe com a família e a manutenção do contato dos pacientes com seus entes repercutem na equipe do cuidado com redução de sentimento de impotência e culpa, além de aumentar o índice de satisfação no trabalho.

A seguir, sugestões de frases mais adequadas para a comunicação e, em seguida, frases a serem evitadas no contato não presencial (CRISPIM et al., 2020; SOCIEDADE ITALIANA DI CURE PALLIATIVE, 2020).

PREFIRA mais expressões com a FAMÍLIA como:

- ✓ “Bom dia Sr./Sra. _____. Eu sou o médico _____ (apresente-se pelo nome) que está cuidando do(a) sr.(a)_____.”
- ✓ “Sinto muito que, devido a essa situação terrível, não possamos nos encontrar pessoalmente para conversar sobre seu pai/mãe/esposa etc.”
- ✓ “Nós estamos cuidando do(a) sr.(a) _____ e nos colocamos sempre por perto para o que ele(a) precisar.”
- ✓ “Entendemos sua ansiedade/medo/ desespero ... é perfeitamente coerente e queremos saber como podemos te ajudar...”
- ✓ “Vamos nos programar para que sempre por volta do horário X____ tenhamos a nossa conversa para falar como está a evolução do(a) sr.(a) e para esclarecer suas dúvidas. O hospital está tentando encontrar as melhores alternativas de comunicação com os pacientes e com as famílias.”
- ✓ “Também espero que ele melhore, mas me preocupo que as coisas piorem rapidamente.”
- ✓ “Imagino que não seriam estas notícias que você esperava receber, mas infelizmente ainda existem limites para a medicina e dependemos de uma reação do organismo do(a) sr.(a) _____.”
- ✓ “...o(a) sr.(a) se recorda de que na nossa última conversa falamos sobre o quanto estava sendo difícil conseguirmos reações positivas do organismo do(a) sr.(a)____. Me preocupo com o declínio que estamos vendo que vai continuar. A condição clínica do(a) sr.(a) está ficando cada vez mais delicada e lamentamos muito por isso. Estamos mantendo todas as medicações para que ele(a) fique confortável, sem sentir dor, náusea, falta de ar ou outro sintoma desconfortável e para evitarmos qualquer tipo de sofrimento.”
- ✓ “Conversando com o(a) sr.(a)____ ele(a) nos trouxe o quanto é importante ter dignidade durante o seu adoecimento. Ele(a) já compartilhou um pouco sobre isso com vocês... Sendo assim, pensamos que a melhor maneira de cuidar dele(a) respeitando seus desejos é...”

EVITE frases com as FAMÍLIAS como:

- ✗ “Boa noite, eu sou o médico de plantão.” – NÃO se apresente de maneira impessoal.
- ✗ “Não há mais nada que possamos fazer pelo seu pai/mãe etc.” - NÃO diga que o paciente está na pior fase da doença de uma maneira muito direta ou contundente.
- ✗ “Não se preocupe. Seu pai/mãe etc. morrerá pacificamente com essas drogas”; “Essas drogas permitem que ele morra sem sofrer.” Isto dá a impressão que a droga está sendo utilizada para acelerar a morte e é ilegal!
- ✗ “As coisas estão muito complicadas e a única coisa que podemos fazer é esperar...”
- ✗ “Ele(a) não irá para a UTI porque precisamos distribuir melhor os leitos e ele(a) não foi escolhido.”

PREFIRA expressões com o PACIENTE como:

- ✓ “Bom dia Sr./Sra. _____. Eu sou o médico _____ (apresente-se pelo nome) que estará cuidando do(a) sr.(a).”
- ✓ “Como o(a) sr(a) está se sentindo hoje? Eu gostaria de falar sobre o que está por vir com sua doença. Isso seria bom?”
- ✓ “O que sabemos sobre sua saúde é _____.”
- ✓ “Olhando para o futuro, quais são suas esperanças em relação à sua saúde? Quais são as suas preocupações?”
- ✓ “...avaliamos os exames e apareceram algumas alterações não muito boas..estamos fazendo o possível para cuidar de você e para evitar que você sofra e tenha desconfortos...”
- ✓ “Entendo que este é um momento bem diferente que pode deixar as pessoas muito assustadas/ansiosas (repita o termo usado pela pessoa). Por isso, se tiver alguma dúvida, algo que queria perguntar não deixe de falar assim o(a) sr(a) se sentirá mais tranquilo.”
- ✓ “Eu lamento muito que você não possa receber visitas dos seus entes queridos. Pense que isso é uma forma de você cuidar deles e protegê-los. Vamos encontrar uma forma de vocês poderem se falar. Todos no hospital estão pensando em uma boa alternativa.”
- ✓ “Durante a sua internação você estará com a nossa equipe e espero que não se sinta sozinho(a), estamos aqui com você...”
- ✓ “Eu gostaria que não tivéssemos que nos preocupar com isso, mas se sua situação de saúde piorar, o que é mais importante para você? Ou ainda: Se o tempo fosse curto, o que seria mais importante para você? O que mais?”
- ✓ “Quanto sua família ou amigos sabem de suas prioridades e desejos?”
- ✓ “Dado o que é importante para você, eu recomendo que façamos um plano de cuidados para ajudá-lo a atingir seus objetivos e evitar tratamentos que dificilmente ajudarão e poderão aumentar seu sofrimento...”
- ✓ “Quando as doenças dos pacientes progridem até o ponto em que seu coração ou pulmões param de trabalhar, a equipe médica às vezes usa compressões para tentar reiniciar os batimentos do coração e coloca uma máquina de respiração para respirar por você. Dada sua doença avançada, nossa equipe está preocupada que manobras como essas possam fazer mais mal do que bem. É improvável que o ajudem a viver mais ou ter uma melhor qualidade de vida...”
- ✓ “Nossa experiência nos diz que, se seu coração ou pulmões falharem, o melhor seria focarmos no seu conforto. Assim, nos concentraremos em tratamentos com oxigênio e medicamentos. Isso significa que não pediríamos que você fosse à UTI. Não usaríamos aparelho de respiração ou realizaríamos manobras de ressuscitação. Esse plano parece bom para você?”

EVITE frases com os PACIENTES como:

- ✘ “Não há mais nada que possamos fazer por você.”
- ✘ “Não se preocupe, você morrerá em silêncio e em paz com esses medicamentos.”
- ✘ “Essas drogas vão deixar você morrer sem sofrimento.”
- ✘ “Você deve ser forte/corajoso por sua família.”
- ✘ “Você verá, nosso tratamento impedirá que você fique ansioso ou assustado.”
- ✘ “ Você não pode ir para a UTI porque não tem vaga para você.”

Referências

BAILE, W. F. et al. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* (em negrito), 2000, v. 5. n. 4, p. 302-311. Disponível em: <https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1634/theoncologist.5-4-302?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 8 abr. 2020.

BERTACHINI, L. Comunicação de más notícias no processo terapêutico: o desafio de dialogar com sensibilidade a verdade dos fatos. In: BERTACHINI, L.; PESSINI, L (org.). *Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida (deixar essa frase em negrito, de encanto até vida): lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas e Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 103-126.

CRISPIM, D. et al. Comunicação difícil e COVID-19. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia 2020. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/comunica%C3%A7%C3%A3o-COVID-19.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2020.

D’ALESSANDRO, M. P. et al. Reunião Familiar. In: MARTINS, M.A. (edit.). *Manual do Residente de Clínica Médica*. Barueri: Manole, 2015. p. 1198-1202.

HARMAN, S. M.; ROBERT, M. A. Discussing serious News. BLOCK, S.D. Deputy Editor: Jane Givens UptoDate. 2019. Review current through: Feb 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/discussing-serious-news>. Acesso em 7 abr. 2020

PEREIRA, C. R. et al. O Protocolo PACIENTE: um instrumento para dar mas notícias adaptado à realidade médica brasileira. *Rev. Assoc. Med. Bras. [conectados]*, v. 63, n. 1, p. 43-49, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>. Acesso em: 10 abr. 2020.

SILVA, M. J. P. Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. In. BERTACHINI, L.; PESSINI, L. (org.). Humanização e cuidados paliativos. 5.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

SOCIEDADE ITALIANA DI CURE PALLIATIVE (SICP). Communication. Covid emergency. 2020. Disponível em: <https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/9mJL4s6J4k2lISSDO-dEEQ/Text/SICP%20COVID19%20communication%20toolkit-1.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2020.

12. Dor: Avaliação e Analgésicos Não Opioides

Objetivo: descrever os princípios gerais na avaliação e tratamento da dor.

12.1. Avaliação da Dor

Segundo a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor, a dor é definida como “experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores” (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR, 2018). Portanto, dor é aquilo que o paciente fala que tem.

Sabemos pela neuroanatomia que regiões do cérebro responsáveis pela cognição e emoção (sistema límbico, tálamo, córtex, dentre outros) modulam positiva e negativamente a percepção e interpretação da dor no ser humano; isso faz com que uma abordagem multidimensional seja mandatória ao avaliar pacientes com esta queixa (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

Essa avaliação deve ser realizada através de entrevista e exame físico, com o objetivo de identificar o tipo de dor (nociceptiva, neuropática ou mista) e compreender como isso afeta o indivíduo não somente na esfera física, mas também nas dimensões emocional, social e espiritual (CARDOSO, 2012).

A dor nociceptiva é aquela em que há dano tecidual, exceto sistema nervoso central ou periférico; e é decorrente de um estado de excitação aumentada e prolongada do sistema somatossensitivo, ocasionando uma inflamação contínua e hipersensibilização periférica e central (GALHARDONI; TEIXEIRA; ANDRADE, 2015).

A dor neuropática é ocasionada por dano ou doença no sistema nervoso central ou periférico, normalmente relatada como sensação de queimação, choque e latejamento (GALHARDONI; TEIXEIRA; ANDRADE, 2015).

A dor mista ocorre quando há componentes de dor neuropática e nociceptiva, encontrada principalmente nos pacientes oncológicos (WIERMANN et al., 2014).

A etapa de avaliação contempla informações referentes à: qualidade (sensação de pulsação, agulhada, queimação, formigamento, aperto, irradiação, facada, pontada etc.), localização, fatores desencadeantes, de melhora e piora, irradiação, intensidade, frequência, duração, impacto nas atividades diárias, na funcionalidade e na qualidade de vida (sono, alimentação, humor etc.), tratamento farmacológico prévio e atual (CARDOSO, 2012).

O exame físico (neurológico e musculoesquelético) completa a avaliação. O objetivo é avaliar presença de alterações na sensibilidade e na motricidade, que auxiliam na elucidação do tipo de dor (CARDOSO, 2012).

A intensidade da dor é um dos aspectos primordiais e que deve ser continuamente reavaliada para verificar se a proposta terapêutica está adequada ou não. Para medir a intensidade de forma objetiva e que permita comparações existem escalas validadas que atendem diversas populações (WIERMANN et al., 2014). A instituição deve, por sua vez, com base no perfil dos pacientes atendidos, estabelecer quais instrumentos são os mais adequados à sua realidade. Alguns exemplos de escalas usadas para avaliar intensidade da dor são:

- **Escala Visual Analógica (figura 5):** compreende uma linha horizontal, com as extremidades definidas como “sem dor” e “máxima dor”. Pedese para o paciente avaliar quanto dói, nesta escala entre “sem dor” e “máxima dor”; logo, o indivíduo deve saber localizar nessa linha o ponto que corresponde à sua dor. A intensidade da dor é calculada medindo a distância entre o ponto inicial (“sem dor”) e o local que o indivíduo marcou (CARDOSO, 2012).

Figura 5. **Escala Visual Analógica.**

Escala Visual Analógica (EVA)



Fonte: WIERMANN, E.G. et al. *Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer*. *Rev. Bras. Onco. Clinic.*, v. 10, n. 38, 2014. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/38/artigo2.pdf>.

- **Escala Visual Numérica (Figura 6):** deve-se pedir para que o paciente atribua uma nota para sua dor, numa escala de zero a dez. É importante ressaltar para o indivíduo que zero significa ausência de dor e, dez, a pior dor possível (ARANTES; MACIEL, 2012).

- **Escala de Descritores Verbais (Figura 6):** deve-se questionar o quanto o paciente tem de dor, dentre as possibilidades: sem dor, dor leve, dor moderada, dor intensa e insuportável (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

Figura 6. Convergência entre as escalas visual numérica e de descritores verbais.



Adaptado de: WIERMANN, E.G. et al. Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. Rev. Bras. Onco. Clinic., v. 10, n. 38, 2014. Disponível em: <https://www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/38/artigo2.pdf>.

- **Escala de Faces¹²**: deve-se pedir ao indivíduo que identifique a face que melhor corresponde à intensidade de dor no momento. Para cada face há um escore de dor entre zero (ausência de dor) e dez (pior dor possível) (ARANTES; MACIEL, 2012).
- **Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD**, ou Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada (vide anexo 1): escala desenvolvida para pacientes com demência grave (VALERA et al., 2014). Deve-se observar o paciente e pontuar os comportamentos apresentados, dentre os itens: respiração, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade. Cada item tem uma pontuação entre zero e dois. O escore final, portanto, varia entre zero (ausência de dor) e dez (pior dor possível).
- **Behaviour Pain Scale**, ou Escala Comportamental de Dor (vide anexo 2): escala desenvolvida para avaliar dor em pacientes inconscientes, sob sedação e ventilação mecânica (MORETE et al., 2014). São avaliados três itens: expressão facial, membros superiores e adaptação à ventilação mecânica. Cada item tem uma pontuação entre um e quatro. O escore final, portanto, varia entre três (ausência de dor) e doze (dor máxima).

Para se aprofundar no tema das escalas, sugere-se a leitura de outros instrumentos de avaliação da dor, dentre estes, aqueles que avaliam a dor de forma multidimensional, como o Inventário Breve de Dor e o Questionário McGill de Dor (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

A forma como o paciente sente, relata e tolera a dor reflete suas crenças e atitudes, que, por sua vez, estão intimamente atreladas à sua vivência e experiências prévias. Conhecer o comportamento e as expectativas do paciente e de seus familiares no tratamento da dor são de suma importância para estabelecimento de meta terapêutica, saber como avaliar e interpretar a dor desse indivíduo, além de evitar julgamentos (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

12 No site da International Association for the Study of Pain (IASP) é possível acessar uma versão em português da Escala de Faces, através do link: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1823&navItemNumber=1119>

12.2. Dor Total

Diante da importância e dimensão da dor, muitos estudiosos, dando destaque a Dame Cicely Saunders, se debruçaram neste universo para compreender casos de pacientes em que existia um estado complexo de sentimento doloroso (CARVALHO, 2009). A formação multiprofissional de Cicely Saunders (enfermeira, médica e assistente social) e seu interesse pelo indivíduo em sua completude possibilitaram a construção do conceito de “Dor Total”, que considera não somente a dor física mas também todas as dores das esferas da vida humana: a social, a psíquica, a espiritual, a familiar e a financeira (CARVALHO, 2009).

Na esfera social, é frequente o sofrimento direcionado à perda do papel social exercido antes do adoecimento, isolamento social decorrente da doença e da necessidade de cuidados, perda da autonomia e aumento da dependência. No que se refere à dor psíquica, pode-se destacar a angústia de morte, medo do sofrimento, raiva, revolta, perda de controle e desespero. A dor espiritual relaciona-se à necessidade de perdão, falta de sentido de vida, medo do pós-morte, culpas perante Deus e fragilidade da espiritualidade.

Os pacientes em fase terminal experimentam sofrimentos e angústias comumente expressas como dor devido à dificuldade de identificá-los e de buscar auxílio direcionado para eles por se tratarem de experiências singulares e individuais (OKON; CHRISTENSEN, 2020). As dores não físicas não podem ser aplacadas com medicamentos e necessitam de uma abordagem multiprofissional (psicólogo, assistente social, capelão etc.). Falhar na consideração desta abrangência da dor é o que faz com que pacientes não recebam alívio adequado da dor (PESSINI, 2011).

12.3. Princípios no Tratamento da Dor

A OMS preconiza os seguintes princípios no tratamento de dor (ARANTES; MACIEL, 2008):

Pela boca: a via para administração de medicação deve ser a menos invasiva possível, portanto, quando houver condição para, a via oral é a primeira escolha, seguida da transdérmica, hipodermóclise, endovenosa e subcutânea. Evitar a via intramuscular.

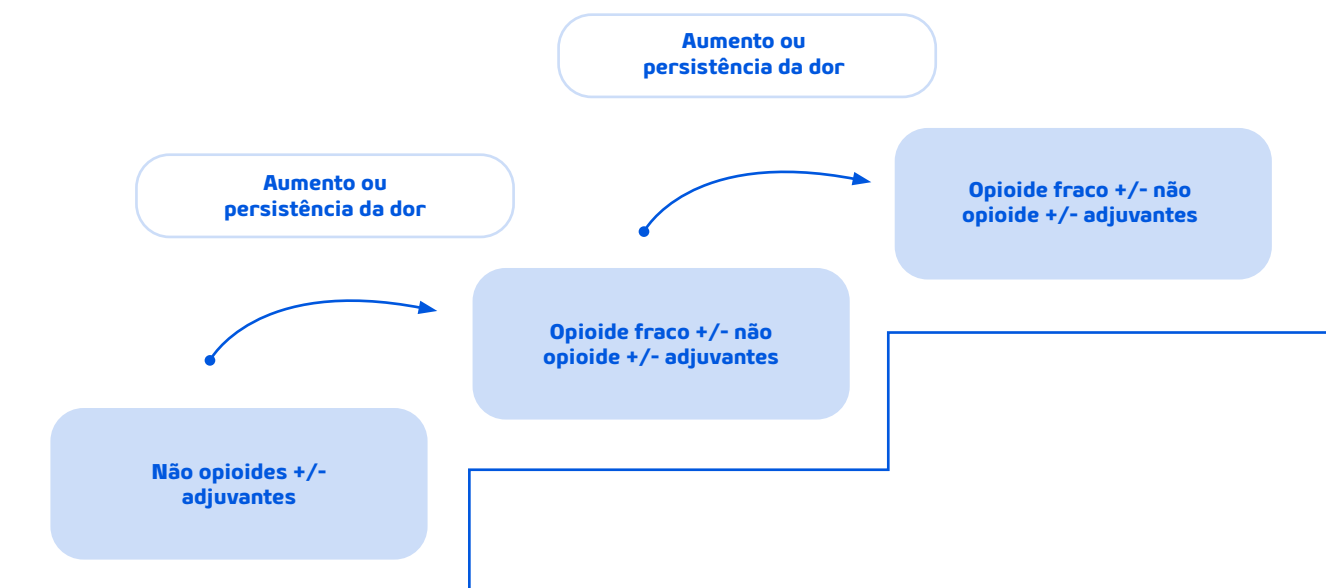
Pelo relógio: os analgésicos devem ser prescritos de horário, de acordo com o tempo de ação de cada um. O objetivo não é apenas tratar a dor, mas também prevenir que ela apareça. Além das doses de horário, é recomendado deixar alguma medicação de resgate, para usar se necessário nos intervalos da dose de horário.

Pela escada: a OMS desenvolveu uma ferramenta conhecida como “Escada Analgésica” para guiar o tratamento farmacológico, associando a intensidade da dor com as classes de medicamentos indicadas para aquela situação (figura 7).

Pelo indivíduo: todo tratamento deve ser individualizado, levando-se em conta suas características e resposta à terapêutica instituída.

Atenção aos detalhes: reavaliações devem ser feitas continuamente, para compreender como o paciente responde à terapia e perceber quais situações melhoram ou pioram a dor (não apenas fatores físicos, mas também emocionais, sociais, espirituais, ambientais). Atentar-se também para prevenção e tratamento de possíveis efeitos colaterais da terapia analgésica.

Figura 7. **Escada Analgésica da OMS.**



Adaptado de: PIMENTA, C.A.M.; FERREIRA, K.A.S.L. *Dor no doente com Câncer*. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. *Dor e Cuidados Paliativos*. Barueri: Manole, 2006. p. 124-166.

Neste capítulo serão abordados os analgésicos não opioides (analgésicos simples, anti-inflamatórios não esteroidais e corticoides). Para informações sobre tratamento farmacológico com opioides e adjuvantes, verificar capítulos “Dor: Como Manejar Opioides e Seus Efeitos Colaterais” e “Manejo da Dor: Dor Neuropática e Adjuvantes”, respectivamente.

12.4. Analgésicos Não Opioides

12.4.1. Analgésicos Simples

Paracetamol: 500mg a 1000mg a cada 4 ou 6 horas, dose máxima de 4g/dia (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012). Disponibilidade no SUS: consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como componente básico e estratégico – comprimido de 500mg e solução oral de 200mg/ml (BRASIL, 2020).

Dipirona: 500mg a 2000mg a cada 6 horas (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012). Disponibilidade no SUS: consta na RENAME como componente básico – comprimido de 500mg, solução oral de 500mg/ml e solução injetável 500mg/ml (BRASIL, 2020).

12.4.2. Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINE)

Indicado para paciente com dor visceral, dor óssea, muscular e articular. Atentar para os efeitos colaterais de lesão renal e lesão gastrointestinal. A associação de mais de um AINE não é recomendada (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012). Alguns exemplos de AINE são:

Naproxeno: 250 mg 2x/dia ou 500 mg 1x/dia; dose máxima de 500 mg/dia, não usar por mais de 10 dias (NAPROXENO, 2018). Disponibilidade no SUS: consta na RENAME como componente especializado – comprimido de 250 mg e 500 mg (BRASIL, 2020).

Ibuprofeno: 200 mg a 800 mg a cada 6-8 horas; dose máxima 3200 mg/dia (IBUPROFENO, 2019). Disponibilidade no SUS: consta na RENAME como componente básico – comprimido de 200 mg, 300 mg e 600 mg e solução oral de 50 mg/ml (BRASIL, 2020).

Diclofenaco: 100 a 150 mg/dia, dividida em 2 a 3 tomadas, dose máxima diária 200 mg/dia (DICLOFENACO, 2019). Disponibilidade no SUS: não é listado na lista RENAME (BRASIL, 2020).

Cetoprofeno: 100 mg duas vezes ao dia; dose máxima de 300 mg/dia (CETOPROFENO, 2016). Disponibilidade no SUS: não é listado na lista RENAME (BRASIL, 2020).

Celecoxibe: 200 mg a 400 mg/dia (CELECOXIBE, 2020). Disponibilidade no SUS: não é listado na lista RENAME (BRASIL, 2020).

12.4.3. Corticoides

Têm ação anti-inflamatória e auxiliam na analgesia, principalmente de dor óssea, na síndrome de compressão medular e no acometimento de sistema nervoso central (cefaleia por edema) (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012). A droga de preferência é a dexametasona, por ter ação central e baixo efeito mineralocorticoide (PORTENOY; AHMED; KEILSON, 2019).

Dexametasona: dose inicial de 2 mg até 2x ao dia VO ou EV (PORTENOY; AHMED; KEILSON, 2019). No contexto de analgesia, recomenda-se não ultrapassar a dose de 16 mg/dia. Em razão da ação euforizante central, sugere-se preferencialmente administrar o corticoide pela manhã e/ou à tarde (após alguma refeição). Disponibilidade no SUS: consta na RENAME como componente básico – solução injetável de 4 mg/ml e comprimido de 4 mg (BRASIL, 2020).

Referências

AMÉRICO, A. F. Q.; VALE E MELO, I. T. Analgésicos não opioides. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H. A. (org.). Manual de Cuidados Paliativo ANCP. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.143-150.

ARANTES, A. C. Q.; MACIEL, M. G. S. Avaliação e Tratamento da Dor. In: Oliveira, RA (org.). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 370-391.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CARDOSO, M. G. M. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (org.). Manual de Cuidados Paliativo ANCP. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 113-122.

CARVALHO, M. M. M. J. A dor do adoecer e do morrer. Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, v. 29, n. 2, p. 322-328, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2020.

CELECOXIBE. Guarulhos: Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A., 2020. Bula de remédio. Disponível em: <https://www.ache.com.br/arquivos/BU%20CELECOXIBE%20200MG%20CAP%20190X620MM%204237900.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2020.

CETOPROFENO. Campinas: Sanofi Medley Farmacêutica LTDA, 2016. Bula de remédio. Disponível em: <https://www.medley.com.br/medicamentos/bula?id=5abbfca4a78dd60008868871&v=0>. Acesso em: 07 abr. 2020.

DICLOFENACO. Anápolis: Laboratório Teuto Brasileiro S/A, 2019. Bula de remédio. Disponível em: [https://www.teutoonline.com.br/arquivos/Bula--Diclofenaco-comp-disp-VP-\(405678-15\).pdf](https://www.teutoonline.com.br/arquivos/Bula--Diclofenaco-comp-disp-VP-(405678-15).pdf). Acesso em: 7 abr. 2020.

GALHARDONI, R.; TEIXEIRA, M.J.; ANDRADE, D.C; Manejo Farmacológico da Dor. In: MARTIN, M.A. (org.). Manual do residente de clínica médica. Barueri: Manole, 2015. p. 108-114.

IBUPROFENO. Guarulhos: Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A., 2019. Bula de remédio. Disponível em: <https://www.ache.com.br/arquivos/BU%20IBUPROFENO%20GTS%20100MG%204972700.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2020.

MARTINEZ, J.E.; GRASSI, D.C.; MARQUES, L.G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. Rev. Bras. Reumatol., n. 51, v. 4, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

MORETE, M.C. et al. Tradução e adaptação transcultural da versão portuguesa da escala de dor Behavioural Pain Scale. Rev. Bras. Ter. Intensiva, n. 26, v. 4, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0373.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

NAPROXENO. Anápolis: Laboratório Teuto Brasileiro S/A, 2018. Bula de remédio. Disponível em: [https://www.teutoonline.com.br/arquivos/Naprox-VP-\(405228-03\)---clone.pdf](https://www.teutoonline.com.br/arquivos/Naprox-VP-(405228-03)---clone.pdf). Acesso em: 7 abr. 2020.

OKON, T.T.; CHRISTENSEN, A. Overview of comprehensive patient assessment in palliative care. Section Editor: ARNOLD, R. R. Deputy Editor: GIVENS, J. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-comprehensive-patient-assessment-in-palliative-care>. Literature review current through: May 2020. This topic last updated: Jan 29, 2020. Acesso em: 12 jun. 2020.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humano na área da saúde. BERTACHINI, L.; PESSINI, L. (org.). Humanização e cuidados paliativos. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011. p. 11-28.

PIMENTA, C.A.M.; FERREIRA, K.A.S.L. Dor no doente com Câncer. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. Dor e Cuidados Paliativos. Barueri: Manole, 2006. p. 124-166.

PORTENOY, R.K.; AHMED, E.; KEILSON, Y.Y. Cancer pain management: Adjuvant analgesics (coanalgesics). ABRAHM, J.; SAVARESE, D.M.F. (ed.) UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cancer-pain-management-adjuvant-analgesics-coanalgesics>. Acesso em: 6 abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR. O que é Dor?, 2018. Disponível em: <https://sbed.org.br/o-que-e-dor/>. Acesso em: 7 abr. 2020.

VALERA, G.G. et al. Adaptação cultural para o Brasil da escala Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 48, n. 3, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-462.pdf. Acesso em: 18 mar. 2020.

WIERMANN, E.G. et al. Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. Rev. Bras. Onco. Clinic., v. 10, n. 38, 2014. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/38/artigo2.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

Anexo 1 – Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD – Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada

Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada – PAINAD-BR

Instruções: Observe o paciente por 5 minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. As definições de cada item são fornecidas na página seguinte. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo, em repouso, durante uma atividade agradável, durante recebimento de cuidados, após receber medicação para dor).

Comportamento	0	1	2	Pontuação
Respiração independente de vocalização	Normal	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade ocasional para respirar Curto período de hiperventilação 	<ul style="list-style-type: none"> Respiração ruidosa e com dificuldades Longo período de hiperventilação Respiração Cheyne-Stokes 	
Vocalização negativa	Nenhuma	<ul style="list-style-type: none"> Resmungos ou gemidos ocasionais Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo 	<ul style="list-style-type: none"> Chamados perturbadores repetitivos Resmungos ou gemidos altos Choros 	

Comportamento	0	1	2	Pontuação
Expressão facial	Sorrindo ou inexpressiva	<ul style="list-style-type: none"> • Triste • Assustada • Franzida 	<ul style="list-style-type: none"> • Careta 	
Linguagem corporal	Relaxada	<ul style="list-style-type: none"> • Tensa • Andar angustiado/ aflito de um lado para o outro • Inquietação 	<ul style="list-style-type: none"> • Rígida • Punhos cerrados • Joelhos encolhidos • Puxar ou empurrar para longe • Comportamento agressivo 	
Consolabilidade	Sem necessidade de consolar	<ul style="list-style-type: none"> • Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a) 	
				<i>Total</i>

Pontuação:

O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é:

- 1-3 = dor leve;
- 4-6 = dor moderada;
- 7-10 = dor severa.

Estas variações são baseadas numa escala padrão de dor de 0-10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.

Fonte: VALERA, G.G. et al. Adaptação cultural para o Brasil da escala Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 48, n. 3, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-462.pdf. Acesso em: 18 mar. 2020.

Anexo 2 – Behavioural Pain Scale (Escala Comportamental de Dor)

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo: abaixa a sobancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo: fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total ou flexão dos dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
Total		

Fonte: MORETE, M.C. et al. Tradução e adaptação transcultural da versão portuguesa da escala de dor Behavioural Pain Scale. Rev. Bras. Ter. Intensiva, n. 26, v. 4, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0373.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

13. Dor: Como Manejar Opioides e Seus Efeitos Colaterais

Objetivo: Descrever a forma de utilização e cuidados relacionados à prescrição de opioides no tratamento da dor.

Opioide é o grupo de medicamentos mais utilizado no tratamento de dor moderada e intensa, principalmente nos casos de dor oncológica (MINSON et al., 2012). A seguir, veremos a posologia e particularidades de cada um, além de tópicos gerais como intoxicação e rotação de opioide.

13.1. Opioides Fracos

13.1.1. Codeína

- a) **Dose inicial:** 30 mg a cada 6 horas.
- b) **Dose máxima:** 360 mg/dia (MINSON et al., 2012).
- c) **Frequência de administração recomendada:** a cada 4 horas ou a cada 6 horas.
- d) **Via de administração:** oral, sonda nasointestinal ou gastrostomia.
- e) **Equipotência analgésica:** 1/10 da morfina oral (MINSON et al., 2012).
- f) **Particularidades:** reduz tosse, bastante obstipante (sempre associar laxante), não se recomenda seu uso por via endovenosa pelo efeito de apneia e hipotensão arterial devido à liberação de histamina (MINSON et al., 2012).
- g) **Farmacologia:** a codeína em si não é ativa, ela precisa ser metabolizada no fígado, é convertida em morfina para gerar efeito analgésico. Uma parcela da população não possui essa enzima conversora e dessa forma não metaboliza a medicação, consequentemente, não tem efeito analgésico com ela (MINSON et al., 2012).
- h) **Disponibilidade no SUS:** consta na RENAME como componente especializado – solução oral 3 mg/ml, comprimido de 30 mg e 60 mg (BRASIL, 2020).

13.1.2. Tramadol

- a) **Dose inicial:** 50 mg a cada 8 horas.

- b) **Dose máxima:** 400 mg/dia (MINSON et al., 2020).
- c) **Frequência de administração recomendada:** a cada 6 horas ou a cada 8 horas.
- d) **Via de administração:** oral, endovenosa e hipodermóclise.
- e) **Equipotência analgésica:** 1/6 a 1/10 da morfina oral (MINSON et al., 2012).
- f) **Particularidades:** boa opção para usar em casos de dor neuropática (ARANTES; MACIEL, 2008). Injetável é bastante nauseante (recomenda-se administrar lentamente).
- g) **Farmacologia:** diferentemente de outros opioides, a formulação endovenosa tem potência analgésica menor do que a formulação oral e há relatos de diminuição de limiar convulsivo com a formulação injetável.
- h) **Disponibilidade no SUS:** Não consta na RENAME (BRASIL, 2020).

13.2. Opioides Fortes

13.2.1. Morfina simples

- a) **Dose inicial:** considerar dose prévia de opioide (ver seção abaixo “Rotação de opioide”).
- b) **Dose máxima:** não tem efeito teto, o que limita o aumento de dose é efeito colateral (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).
- c) **Frequência de administração recomendada:** a cada 4 horas (MINSON et al., 2012); em pacientes com disfunção renal ou hepática, ou idosos frágeis, considerar a cada 6 horas.
- d) **Via de administração:** oral, sonda nasointestinal, gastrostomia, endovenosa, subcutânea, hipodermóclise.
- e) **Equipotência analgésica:** morfina endovenosa é três vezes mais potente que a morfina oral (WIERMANN et al., 2014).
- f) **Particularidades:** é metabolizada primeiramente no fígado e excretada pelo rim. Deve ser usada com cautela em pacientes com doença hepática ou renal (MINSON et al., 2012; PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).
- g) **Farmacologia:** por sua meia-vida curta e início de ação rápido, a morfina simples costuma ser a droga de escolha para analgesia de resgate em pacientes em uso de opioides fortes (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).
- h) **Disponibilidade no SUS:** consta na RENAME como componente especializado – solução injetável de 10 mg/ml, solução oral de 10 mg/ml, comprimido de 10 mg e 30 mg (BRASIL, 2020).

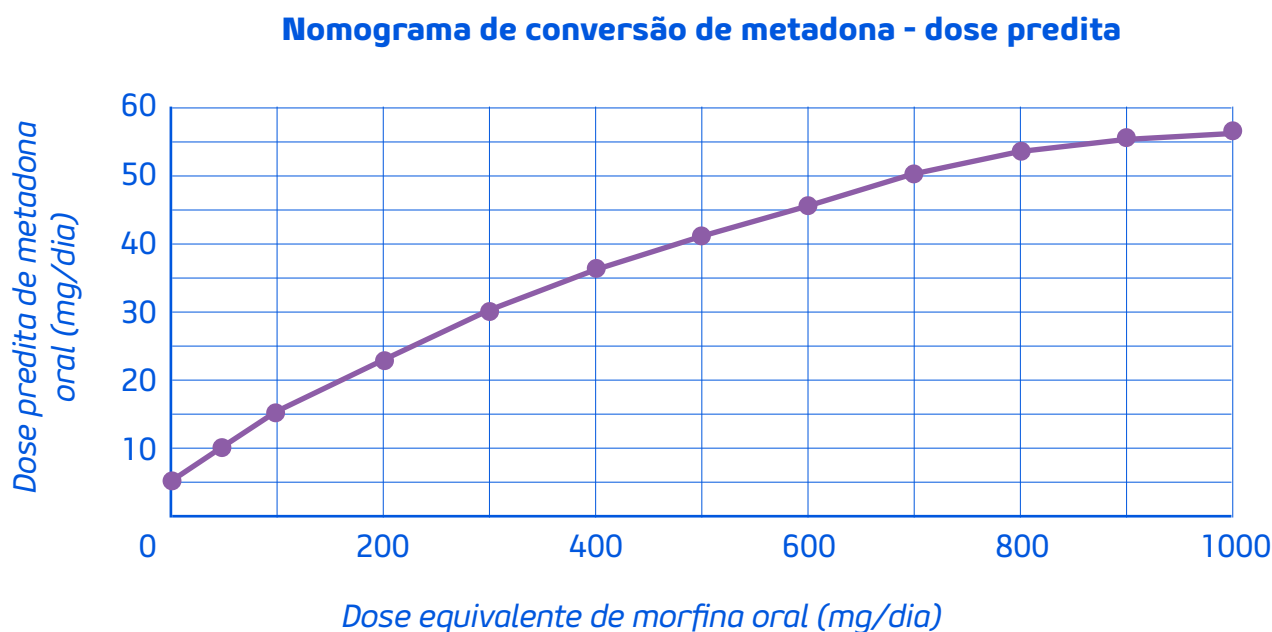
13.2.2. Morfina de Liberação Cronogramada

- a) **Dose inicial:** considerar dose prévia de opioide (ver seção abaixo “Rotação de opioide”); a menor posologia disponível é 30 mg VO de 12/12h.
- b) **Dose máxima:** não tem efeito teto, o que limita o aumento de dose é efeito colateral (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).
- c) **Frequência de administração recomendada:** a cada 12 horas, eventualmente alguns pacientes precisam de doses a cada 8 horas (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).
- d) **Via de administração:** somente oral (o comprimido não pode ser triturado e, conseqüentemente, não pode ser administrado via sonda nasoesférica ou por gastrostomia devido ao risco de liberação excessiva de medicação de forma rápida) (MINSON et al., 2012).
- e) **Equipotência analgésica:** A morfina de liberação cronogramada tem a mesma potência analgésica que a morfina simples oral, a única diferença é no fracionamento de doses. Por exemplo: um paciente que faz uso de 60 mg/dia de morfina oral, se estiver utilizando morfina simples, deve tomar 10 mg de 4/4h. Se estiver com morfina de liberação cronogramada, deverá tomar 30 mg de 12/12h.
- f) **Particularidades da formulação cronogramada:** a possibilidade de administração de 12/12h facilita a adesão do paciente ao tratamento pela posologia mais simples. No entanto, é importante orientar adequadamente para que não confunda a morfina de liberação cronogramada (de uso de horário) com a morfina simples de resgate.
- g) **Farmacologia:** a formulação cronogramada faz com que a medicação seja liberada gradualmente.
- h) **Disponibilidade no SUS:** consta na RENAME como componente especializado – cápsula de liberação prolongada de 30 mg, 60 mg e 100 mg (BRASIL, 2020).

13.2.3. Metadona

- a) **Dose inicial:** considerar dose prévia de opioide (ver seção abaixo “Rotação de opioide”).
- b) **Dose máxima:** não tem efeito teto, o que limita o aumento de dose é efeito colateral (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).
- c) **Frequência de administração recomendada:** em geral, a cada 12 horas ou a cada 8 horas (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019). Em caso de doses mais altas considerar fracionar a cada 6 horas (WIERMANN et al., 2014; PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).
- d) **Via de administração:** oral, endovenoso, subcutâneo, hipodermoclise.
- e) **Equipotência analgésica:** não linear. Sugere-se o nomograma a seguir (Figura 8) de conversão de morfina oral (mg/dia) para metadona oral (mg/dia). A metadona endovenosa é cerca de duas vezes mais potente que a metadona oral (MINSON et al., 2012).

Figura 8. **Nomograma de conversão de morfina oral para metadona oral.**



Fonte: TOOMBS, J.D. Oral methadone dosing for chronic pain. A practitioner's guide. Pain treatment topics, 2008. Disponível em: <http://paincommunity.org/blog/wp-content/uploads/OralMethadoneDosing.pdf>.

f) Particularidades: estudos sugerem melhor ação na dor neuropática. Produz menos euforia e dependência que outros opioides. Por não ter metabólito ativo, é uma opção para pacientes com insuficiência renal. Deve ser prescrita por médico com experiência no uso desta medicação (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).

g) Farmacologia:

- Sua meia-vida longa e imprevisível exige cautela na titulação de doses, sendo recomendável aguardar três a cinco dias para estabilização de nível sérico antes de considerar aumentar a dose (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).
- Pode alargar intervalo QT, sugere-se realizar acompanhamento com eletrocardiograma (ECG) (MINSON et al., 2012; WIERMANN et al., 2014, PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).
- Há relato de depósito em tecido adiposo.
- Embora tenha início de ação rápido, não se recomenda utilizar metadona como resgate (pela sua meia vida longa).

h) Disponibilidade no SUS: consta na RENAME como componente especializado – comprimido de 5 mg e 10 mg, solução injetável 10 mg/ml (BRASIL, 2020).

13.2.4. Oxycodona

a) Dose inicial: considerar dose prévia de opioide (ver seção abaixo “Rotação de opioide”), a menor posologia disponível é 10 mg, via oral, a cada 12 horas.

- b) Dose máxima:** não tem efeito teto, o que limita o aumento de dose é efeito colateral (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).
- c) Frequência de administração recomendada:** a cada 12 horas (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).
- d) Via de administração:** somente oral (o comprimido não pode ser triturado e, conseqüentemente, não pode ser administrado via sonda nasoesférica ou por gastrostomia).
- e) Equipotência analgésica:** cerca de duas vezes mais potente que morfina oral (MINSON et al., 2012).
- f) Particularidades:** por ser comprimido de liberação cronogramada, não pode ser macerado e, portanto, não é recomendada a administração por sonda nasoesférica ou gastrostomia.
- g) Farmacologia:** disponível no Brasil como comprimido de liberação cronogramada. A absorção tem duas fases: na primeira, a meia vida é de 0,6 horas e, na segunda fase, de 6,9 horas; logo, promove alívio da dor na primeira hora e seu efeito persiste por 12 horas (MINSON et al., 2012).
- h) Disponibilidade no SUS:** Não é listado na RENAME (BRASIL, 2020).

13.2.5. Fentanil transdérmico

- a) Dose inicial:** considerar dose prévia de opioide (ver seção “Rotação de opioide”), a menor posologia disponível é 12,5 mcg/h a cada 72 horas.
- b) Dose máxima:** não tem efeito teto, o que limita o aumento de dose é o efeito colateral (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).
- c) Frequência de administração recomendada:** o adesivo deve ser trocado a cada 72 horas, ou seja, a cada 3 dias (MINSON et al., 2012).
- d) Via de administração:** transdérmica (adesivo).
- e) Equipotência analgésica:** seguir tabela própria do medicamento disponível em bula (Tabela 15):

Tabela 15. Dose inicial recomendada de Durogesic® D-Trans (fentanil transdérmico), com base na dose equivalente diária de morfina oral¹³

Dose oral de morfina/24h (mg/dia)	Dose Durogesic® D-Trans (mcg/hora)
<90	12
90 - 134 (adultos)	25
135 - 224	50
225 - 314	75
315 - 404	100
405 - 494	125
495 - 584	150
585 - 674	175
675 - 764	200
765 - 854	225
855 - 944	250
945 - 1034	275
1035 - 1124	300

Fonte: DUROGESIC D-TRANS: fentanila. São Paulo: Janssen-Cilag Farmacêutica LTDA. 2020. Bula de remédio. Disponível em: https://www.janssen.com/brasil/sites/www_janssen_com_brazil/files/prod_files/live/durogesic_d-trans_pub_vps.pdf.

f) Particularidades: não é a formulação ideal para controle de dor aguda. Sugere-se ajustar analgesia com morfina primeiro e depois de titulada a dose fazer a rotação para fentanil transdérmico. Indicado para pacientes que não possuem a via oral disponível e para pacientes com insuficiência renal. Um pouco menos obstipante que os demais opioides. Se o adesivo for exposto a alta temperatura (febre, por exemplo), pode haver maior absorção de medicação e, conseqüentemente, maior risco de efeitos colaterais (MINSON et al., 2012; PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).

g) Farmacologia: após a colocação do primeiro adesivo demora cerca de 24 horas para iniciar o efeito analgésico; logo, é importante deixar outro opioide nas primeiras horas de uso do primeiro adesivo para que o paciente não fique sem analgésico. O adesivo tem ação por 72 horas e, após sua retirada, pode haver efeito residual por até 18 horas (portanto, na troca de adesivos não há indicação de utilizar outro opioide) (MINSON et al., 2012).

h) Cuidados: o adesivo deve ser aplicado na pele e trocado a cada 72 horas (três dias). A aplicação deve ser feita na parte externa superior do braço, superior das costas ou na região superior do tórax. A pele deve estar íntegra e seca; deve-se evitar o uso de cremes ou loções na área. Não aplicar sobre áreas irritadas, inflamadas, submetidas a radiação, proeminências ósseas, próximo às articulações ou de cateteres. Antes de aplicar o adesivo, lavar o local da aplicação apenas com água e secar bem. É importante que o local da aplicação esteja sem ou com poucos pelos. Caso necessário, cortar os pelos com uma tesoura, não depilar ou raspar. Após a remoção do revestimento de liberação, o adesivo deve ser pressionado firmemente no local com a palma da mão durante aproximadamente 30 segundos, certificando-se de que o contato é completo,

¹³ Em estudos clínicos estas faixas de morfina oral diária foram utilizadas como uma base de conversão para Durogesic® D-Trans.

especialmente ao redor das bordas. Não cortar o adesivo. Toda vez que o adesivo for trocado, antes de colocar o outro, deve-se sempre retirar o antigo, dobrá-lo com a face adesiva para dentro, descartá-lo e lavar as mãos. Escolher um local diferente para colocar o novo adesivo (rodiziar a área sempre que houver troca). Se o adesivo se soltar, deve ser removido completamente e um novo adesivo deve ser colocado, em outro local (DUROGESIC D-TRANS, 2020).

i) Disponibilidade no SUS: não é listado na lista RENAME (BRASIL, 2020).

13.2.6. Buprenorfina Transdérmica

a) Dose inicial: considerar dose prévia de opioide (ver seção rotação de opioides), a menor posologia disponível é 5 mcg/hora a cada 7 dias (RESTIVA, 2014).

b) Dose máxima: não tem efeito teto, o que limita o aumento de dose é o efeito colateral (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).

c) Frequência de administração recomendada: o adesivo deve ser trocado a cada 7 dias (RESTIVA, 2014).

d) Via de administração: transdérmica (adesivo).

e) Equipotência analgésica: conforme a tabela 16:

Tabela 16. Dose inicial recomendada de buprenorfina transdérmica com base na dose diária de morfina oral¹⁴

Dose diária de morfina oral equivalente	<30 mg (ou pacientes virgens de opioides)	30-80 mg
Dose inicial recomendada de buprenorfina transdérmica	5 mg (5 mcg/h)	10 mg (10 mcg/h)

Fonte: WIERMANN, E.G. et al. Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. Rev. Bra. Onco. Clinic., v. 10, n. 38, 2014. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/38/artigo2.pdf>.

f) Particularidades: não é a formulação ideal para controle de dor aguda, sugere-se ajustar analgesia com morfina primeiro e, depois de titulada a dose, fazer a rotação para adesivo. Indicado para pacientes que não possuem a via oral disponível e para pacientes com insuficiência renal. Não é necessário ajuste de dose em pacientes com insuficiência renal nem em idosos (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).

g) Farmacologia: pode demorar até três dias após a aplicação do primeiro adesivo para que se alcance o efeito da medicação (RESTIVA, 2014).

¹⁴ Obs: A titulação deve ser feita a cada 3 dias. Utilizar até dois adesivos concomitantes de 5, 10 ou 20mg de buprenorfina transdérmica.

h) Cuidados: o adesivo deve ser aplicado na pele e trocado a cada 7 dias. A aplicação deve ser feita na parte externa superior do braço, superior das costas ou na região superior do tórax. A pele deve estar íntegra e seca; deve-se evitar o uso de cremes ou loções na área. Não aplicar sobre áreas irritadas, inflamadas, submetidas a radiação, proeminências ósseas, próximo a articulações ou de cateteres. A pele deve estar limpa. Caso seja necessário, antes de aplicar o adesivo, lavar o local da aplicação apenas com água e secar bem. Não cortar o adesivo. É importante que o local da aplicação esteja sem ou com poucos pelos. Caso seja necessário, cortar os pelos com uma tesoura, não depilar ou raspar. Após a remoção do revestimento de liberação, o adesivo deve ser pressionado firmemente no local com a palma da mão durante aproximadamente 30 segundos, certificando-se de que o contato é completo, especialmente ao redor das bordas. Toda vez que o adesivo for trocado, antes de colocar o novo adesivo deve-se sempre retirar o antigo, dobrá-lo com a face adesiva para dentro, descartá-lo e lavar as mãos. Escolher um local diferente para colocar o novo adesivo (rodiziar a área sempre que houver troca). Se as bordas do adesivo se soltarem, pode grudá-las com fita adesiva adequada para pele; mas se o adesivo soltar por inteiro, deve ser removido e colocado um novo adesivo (RESTIVA, 2014).

i) Disponibilidade no SUS: não é listado na lista RENAME (BRASIL, 2020).

Atenção: Não se recomenda o uso de meperidina (dolantina) devido a seu potencial de desenvolver vício, tolerância (MINSON et al., 2012) e sintomas neurotóxicos (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).

13.3. Principais Efeitos Colaterais dos Opioides

Sedação: está relacionada com seu efeito anticolinérgico, normalmente é autolimitada. Costuma aparecer no início da terapia com opioide ou quando há um aumento da dose (MINSON et al., 2012). Considerar reduzir ou trocar o opioide (MINSON et al., 2012) ou associar adjuvantes para aumentar a analgesia e diminuir a quantidade de opioide (ARANTES; MACIEL, 2008).

Constipação: muito comum nos pacientes em terapia com opioide e que não passa com o tempo. Ideal deixar laxante prescrito de horário ou, se necessário, a depender da avaliação clínica. Orientar ingestão hídrica e alimentos laxativos (MINSON et al., 2012). Na constipação por opioides preconiza-se o uso de laxantes irritativos (ARANTES; MACIEL, 2008), por exemplo, bisacodil, picossulfato ou senna. Na RENAME de 2020, o laxante irritativo disponível é o *Rhamnus purshiana* (cáscara sagrada) (BRASIL, 2020).

Náuseas e vômito: ocasionado por diminuição do peristaltismo e diminuição do tempo de esvaziamento gástrico, além de efeito nos receptores localizados na zona de gatilho para vômito. Portanto, antieméticos que atuam na zona de gatilho (haloperidol, metoclopramida, ondansetrona) e no peristaltismo (metoclopramida) são as medicações de escolha para tratamento de náusea e vômito (MINSON et al., 2012). Em geral as náuseas são mais frequentes nos primeiros dias de uso de opioides e depois tendem a ceder de três a sete dias (ARANTES; MACIEL, 2008).

Prurido: normalmente ocorre quando a administração do opioide é pela via espinal, mas também pode ocorrer em outras vias. Pode ser tratado com anti-histamínico ou, caso o paciente não tolere o efeito, rodiziar o opioide (MINSON et al., 2012).

Retenção urinária: também mais associado com opioide via espinal. Pode ser tratado com sondagem vesical ou rotação de opioide (MINSON et al., 2012).

Efeitos cardiovasculares: a morfina pode causar liberação de histamina e, conseqüentemente, vasodilatação e hipotensão. A metadona pode levar a prolongamento do intervalo QT e aparecimento de “torsades de pointes” no ECG. No caso da metadona, diminuir a dose, aumentar o intervalo entre as doses e monitorar ECG (MINSON et al., 2012).

Hiperalgesia: caracteriza-se como um aumento da dor, apesar da elevação da dose do opioide. Recomenda-se trocar o opioide (MINSON et al., 2012).

Mioclonia: é indicativo de neurotoxicidade e é comum surgir quando houver quadro de desidratação. Deve ser realizada hidratação, redução da dose em 25 a 30% ou considerar rodar o opioide (ARANTES; MACIEL, 2008).

13.4. Intoxicação por Opioides

Opioides podem causar intoxicação e é fundamental que o paciente que está recebendo essa medicação seja reavaliado frequentemente. É normal que ao iniciar o tratamento com opioide ou quando aumentar a dose, o paciente apresente um pouco de sonolência. Porém, caso a dose seja aumentada de forma rápida, a dose inicial for muito alta ou o paciente apresentar alterações no metabolismo renal e/ou hepático, o indivíduo pode cursar com sinais de intoxicação. Os sinais de intoxicação são: miose bilateral, sedação e depressão respiratória (FR < 10 ipm) (MINSON et al., 2012). Nestas situações, é importante:

- Não administrar a próxima dose de opioide (ARANTES; MACIEL, 2008). Ao reintroduzir opioides após um quadro de intoxicação, deve-se reduzir a dose total diária em uso e considerar rever intervalos de administração.
- Suplementação de oxigênio com cateter nasal pode ser considerada enquanto se espera a reversão do quadro (ARANTES; MACIEL, 2008), bem como hidratação.
- Naloxone é um antagonista opioide utilizado para reverter depressão respiratória (MINSON et al., 2012). Entretanto, seu uso não é isento de risco, pois pode induzir descompensações cardíacas, edema pulmonar, entre outros. Recomenda-se restringir o uso de Naloxone à intoxicação por opioide grave. Sugere-se iniciar com 0,04 mg de Naloxone (ARANTES; MACIEL, 2008). O objetivo deve ser reestabelecer ventilação (FR > 10) e não retomar completamente nível de consciência.
- Ao se administrar Naloxone, é importante atentar para que, ao mesmo tempo que a intoxicação é revertida, o efeito analgésico também se vai (PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019); logo, o paciente

pode acordar com quadro de dor intensa e, nos pacientes usuários crônicos de opioides, podem ocorrer sintomas de abstinência.

13.5. Uso de Opioides de Resgate

Ao manejar dor deve-se utilizar medicações de horário para evitar que a dor apareça e também se deve prescrever medicações de resgate; isto é, medicações que o paciente pode tomar, caso, apesar do uso das medicações de horário, tenha um escape/uma crise de dor. Na analgesia com opioides fracos (codeína ou tramadol), o resgate costuma ser feito com o próprio opioide em uso. Quando em uso de opioides fortes (morfina, metadona, oxicodona, fentanil ou buprenorfina), a analgesia de resgate costuma ser feita com morfina simples.

A morfina simples é a droga de escolha para resgate pois tem início de ação rápido e meia-vida curta, o que é ideal para controle de crises isoladas (MINSON et al., 2012).

A dose de resgate deve levar em consideração a dose total diária de opioide que o paciente está em uso. A dose de morfina simples de resgate deve ser equivalente a cerca de 1/6 a 1/10 da dose total diária de opioide que o paciente faz uso de horário. Por exemplo: um paciente em uso de metadona 5 mg VO de 8/8h faz uso de uma dose total diária de opioide equivalente a cerca de 100 mg/dia de morfina VO. Dessa forma, a dose de resgate poderia ser algo em torno de 10 a 15 mg de morfina simples VO.

É importante monitorizar o uso de doses de resgates, pois se o paciente estiver precisando de três ou mais resgates diários deve se considerar ajustar a analgesia de horário.

13.6. Rotação de Opioide

A rotação de opioide é a troca de uma medicação opioide em uso por outra. Essa manobra objetiva melhorar a analgesia e/ou reduzir efeitos colaterais ou mudar a via de administração de acordo com a evolução clínica do paciente (MINSON et al., 2012; PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019).

Ao realizar a rotação de opioide, é fundamental levar em consideração a equipotência analgésica das drogas (MINSON et al., 2012; PORTENOY; MEHTA; AHMED, 2019). Isto é, calcula-se o equivalente em morfina oral da droga em uso para então calcular a dose da nova medicação. Ao se realizar uma rotação, sugere-se reduzir em cerca de 20 a 30% a dose calculada da nova medicação para garantir uma margem de segurança. Veja os exemplos a seguir:

Ex.1) Paciente em uso de tramadol 100 mg de 6/6h sem bom controle álgico queixando-se de náuseas.
Paciente está em uso de 400 mg/dia de tramadol, que é uma medicação 5 vezes menos potente que a morfina. Dessa forma, a dose equivalente de morfina oral é 80 mg/dia. Ao se realizar a rotação de opioides, devemos reduzir aproximadamente 25% da dose total diária. Teremos então cerca de 60 mg/dia de morfina VO. Neste contexto podemos propor morfina de liberação cronogramada 30 mg 12/12hs e deixar morfina simples 10 mg VO de resgate.

- Ex. 2) Paciente em uso de morfina 15 mg VO 4/4h evoluindo com piora da função renal e dificuldade com a posologia frequente. Isso equivale a uma dose total diária de 90 mg de morfina. Verificando o nomograma de conversão para metadona, temos cerca de 15 mg/dia de metadona. Ao realizar a rotação devemos reduzir em cerca de 30% a dose total diária da nova medicação. Portanto, poderíamos propor a suspensão da morfina de horário e a introdução de metadona 5 mg VO 12/12h, considerando a piora de função renal propor resgate com morfina 10 mg VO se escape de dor.
- Ex. 3) Paciente em uso de oxicodona 20 mg de 8/8h, em função de tumor de cabeça e pescoço, perde a via oral e passa a utilizar SNE. O comprimido de oxicodona não pode ser triturado, sugere-se rotar para fentanil transdérmico. A dose total diária de oxicodona é 60 mg/dia, a qual é duas vezes mais potente que a morfina oral, então temos 120 mg/dia de morfina oral. Reduzindo a margem de segurança, temos cerca de 100 mg/dia de morfina oral. Consultando a tabela de conversão de fentanil, esta indica um adesivo de 25 mcg/h e deixar morfina 10mg VO de resgate.
- Ex. 4) Paciente em uso de morfina 10 mg VO de 4/4h com bom controle algico é internado e tem indicação de jejum. Equipe opta por passar medicações para EV. A morfina EV é três vezes mais potente que a VO, desta forma prescreve-se morfina 3 mg EV 4/4h e resgate com 3 mg também.

13.7. Tolerância, Dependência Física e Vício

Tolerância

É definida como a redução do efeito da medicação ao longo do tempo com o uso da mesma dose; conseqüentemente, para atingir o mesmo efeito, é necessário o aumento da dose. É esperada em usuários crônicos de opioides, a possibilidade de progressão da doença deve ser levantada quando há aumento da dor (ARANTES; MACIEL, 2008; MINSON et al., 2012).

Dependência física

É um estado fisiológico caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas que surgem quando há retirada abrupta, diminuição significativa ou uso de antagonista do opioide. Os sintomas são característicos de síndrome de abstinência (náusea, vômito, sudorese, taquicardia, agitação) e não é sinônimo, tampouco fator prognóstico para vício (ARANTES; MACIEL, 2008; MINSON et al., 2012).

Vício

É considerada uma doença crônica, que surge como um evento adverso em pessoas vulneráveis física e psicossocialmente (ROSENBLUM et al., 2008). Alguns sinais que podem indicar esta condição: uso compulsivo para a resolução de conflitos; uso da substância pelo seu resultado psicológico; dificuldade de limitar a quantidade de substância a ser usada e continuar o uso, mesmo com os efeitos deletérios que a substância

provoca; não aceitação da prescrição (pede mais medicação, não aceita mudanças, aumenta dose por conta própria); solicitação da mesma receita para diferentes médicos (KRAYCHETE; SAKATA, 2012).

Fatores de risco para desenvolvimento de vício

O principal fator de risco para desenvolvimento de vício por opioide é o usuário já ter um padrão prévio de abuso de substâncias (usuários de drogas ilícitas, etilistas e tabagistas), histórico familiar de abuso de substâncias, transtornos mentais, histórico de problemas legais/prisão. O abuso de opioides também é mais frequente entre brancos e jovens (BECKER; STARRELS, 2020).

Preconiza-se antes de iniciar uso de opioides (em especial opioides fortes) verificar primeiro se as outras medidas farmacológicas e não farmacológicas estão otimizadas, levantar fatores de risco para abuso de opioides existentes, e sugere-se discutir com o paciente o risco e benefício da introdução de opioides, especialmente em pacientes de dor crônica não oncológica (BECKER; STARRELS, 2020).

Referências

ARANTES, A.C.L.Q.; MACIEL, M.G.S. Avaliação e Tratamento da Dor. In: Oliveira, RA (org.). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 370-391.

BECKER, W.C.; STARRELS, J.L. Prescription drug misuse: Epidemiology, prevention, identification, and management. SAXON, A.J.; SOLOMON, D. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/prescription-drug-misuse-epidemiology-prevention-identification-and-management>. Acesso em: 7 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

DUROGESIC D-TRANS: fentanila. São Paulo: Janssen-Cilag Farmacêutica LTDA, 2020. Bula de remédio. Disponível em: https://www.janssen.com/brasil/sites/www_janssen_com_brazil/files/prod_files/live/durogesic_d-trans_pub_vps.pdf. Acesso em: 21 maio 2020.

KRAYCHETE, D.C; SAKATA, R.K. Uso e rotação de opioide para dor crônica não oncológica. Rev. Bras. Anesthesiol., v. 62, n. 4, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000400010&script=sci_arttext. Acesso em: 21 maio 2020.

MINSON, F.P. et al. Opioides – Farmacologia básica. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.123-142.

PORTENOY, R.K.; MEHTA, Z.; AHMED, E. Cancer pain management with opioids: Optimizing analgesia. ABRAHM, J.; SAVARESE, D.M.F. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cancer-pain-management-with-opioids-optimizing-analgesia>. Acesso em: 1 abr. 2020.

RESTIVA: buprenorfina. Responsável técnico Márcia da Costa Pereira. Pindamonhangaba: Zodiac, 2014. Bula de remédio. Disponível em: http://www.zodiac.com.br/Arquivos/bulas/Restiva_Bula-Paciente.pdf. Acesso em: 21 maio 2020.

ROSENBLUM, A. Opioids and the Treatment of Chronic Pain: Controversies, Current Status, and Future Directions. *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, n.16, v. 5, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2711509/>. Acesso em: 3 abr. 2020.

TOOMBS, J.D. Oral methadone dosing for chronic pain. A practitioner's guide. *Pain treatment topics*, 2008. Disponível em: <http://paincommunity.org/blog/wp-content/uploads/OralMethadoneDosing.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2020.

WIERMANN, E.G. et al. Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. *Rev. Bras. Onco. Clinic.*, v. 10, n. 38, 2014. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/38/artigo2.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

14. Manejo da Dor: Dor Neuropática e Adjuvantes

Objetivo: descrever conceito, avaliação e tratamento da dor neuropática.

14.1. Dor Neuropática

A dor neuropática é conceituada como a dor causada por uma lesão ou doença nas vias somatossensórias do sistema nervoso central ou periférico (GALHARDONI; JACOBSEN; ANDRADE, 2015; BARROS; COLHADO; GIUBLIN, 2016). Dentre os tipos de dor que fazem parte deste grupo, encontram-se (GALHARDONI; JACOBSEN; ANDRADE, 2015):

- Neuralgia pós-herpética.
- Neuropatia diabética.
- Dor causada por tumor que invade o sistema nervoso ou que comprime as raízes nervosas.
- Dor causada por tratamentos como cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.

A dor neuropática pode se manifestar de diversas formas, sendo as queixas mais comuns (BARROS; COLHADO; GIUBLIN, 2016):

- Dor contínua em queimação;
- Sensação de choque;
- Alodínea mecânica.

Outras sensações descritas pelos pacientes são: dor em aperto, pressão, fisgada, choque, formigamento, agulhada, frio doloroso, apunhalada e prurido (GALHARDONI; JACOBSEN; ANDRADE, 2015; BARROS; COLHADO; GIUBLIN, 2016).

No exame físico, deve-se procurar por alterações sensórias. Podem ser encontradas nos pacientes com dor neuropática: hiperestesia, hipoestesia, hiperalgesia, hipoalgesia, alodínea, parestesia e disestesia (BARROS; COLHADO; GIUBLIN, 2016).

Hiperestesia e hipoestesia dizem respeito ao aumento e diminuição da sensibilidade à estimulação, respectivamente; hiperalgesia e hipoalgesia estão relacionadas com aumento e diminuição de dor em resposta a um estímulo que provoca dor, respectivamente; alodínea refere-se à dor em resposta a um estímulo que normalmente não provocaria dor; parestesia é uma sensação anormal, seja espontânea ou provocada e disestesia é uma sensação anormal desagradável, seja espontânea ou evocada (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2018).

Para se aprofundar no tema, sugere-se a utilização de escalas validadas para a avaliação de dor neuropática, como: Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs Pain Scale, ou Douleur Neuropathique 4 Questions e o Neuropathic Pain Symptom Inventory (ECKELI; TEIXERA; GOUVEA, 2016).

O tratamento da dor neuropática envolve geralmente o uso de medicações adjuvantes e opioides. A seguir, os principais fármacos utilizados como adjuvantes. Quanto aos opioides, verificar capítulo “Dor: Como Manejar Opioides e seus Efeitos Colaterais”.

14.2. Adjuvantes

São medicações com outras ações principais (que não analgesia), mas que são usadas como analgésicos em situações específicas (PORTENOY; AHMED; KEILSON, 2019). Podem ser iniciados em qualquer degrau da escada analgésica e são fundamentais para o manejo das dores neuropáticas e dores crônicas, principalmente quando o paciente não responde bem ao opioide (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012; PORTENOY; AHMED; KEILSON, 2019).

Antidepressivos

- **Tricíclicos**

- a) Efeitos colaterais: boca seca, sonolência, hipotensão ortostática, constipação; ter cuidado com uso em idosos (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012).
- b) Amitriptilina: 25 mg a 75 mg/dia VO; não recomendado para pacientes com glaucoma e arritmia cardíaca (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012), dose máxima de 150 mg; em idosos, começar com 10mg/dia (AMITRIPTILINA, 2017). Disponibilidade no SUS: consta na RENAME como componente básico – comprimido de 25 mg e 75 mg (BRASIL, 2020).
- c) Nortriptilina: dose inicial de 25 mg (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012); dose máxima de 150 mg à noite (NORTRIPTILINA, 2013). Disponibilidade no SUS: consta na RENAME como componente básico – cápsula de 10 mg, 25 mg, 50 mg e 75 mg (BRASIL, 2020).
- d) Não há relação dose-resposta clara, isto é, o efeito analgésico costuma ser obtido com dosagens baixas (por exemplo: amitriptilina 25 mg/dia), devendo se reservar doses mais altas para casos em que há componente de depressão associado.

- **Inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina**

- a) Venlafaxina: dose inicial de 75 mg/dia; dose máxima de 225 mg/dia (VENLAFAXINA, 2019).
- b) Desvenlafaxina: 50 mg/dia, dose máxima de 200 mg/dia (DESVENLAFAXINA, 2019).
- c) Duloxetina: dose inicial de 30 mg/dia VO; dose máxima de 60 mg/dia (DULOXETINA, 2020).
- d) Efeitos colaterais: menor efeito anticolinérgico e cardiovascular (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012).
- e) Disponibilidade no SUS: Nenhuma das medicações acima constam na RENAME (BRASIL, 2020).

Anticonvulsivantes:

- 1) Gabapentina: o efeito analgésico costuma ser visto a partir de 300 mg 3x/dia VO e a dose máxima é 3600 mg/dia. Sugere-se iniciar com doses mais baixas (300 mg/dia em adultos e 100 mg/dia em idosos) e aumentar gradativamente para minimizar efeitos colaterais (a sonolência é frequente no início). Apresenta relação dose-resposta, isto é, ao aumentar a dose há aumento do efeito analgésico (PORTENOY; AHMED; KEILSON, 2019). É droga de primeira escolha no tratamento da dor neuropática (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012). Disponibilidade no SUS: consta na RENAME como componente especializado – cápsula de 300 mg e 400 mg (BRASIL, 2020).
- 2) Carbamazepina: dose inicial de 200 a 400 mg/dia, dose máxima de 1200 mg, dividida em 3 a 4 tomadas (CARBAMAZEPINA, 2013). Primeira escolha na neuralgia do trigêmeo. Interage com opioides reduzindo seu potencial analgésico, o que desfavorece o seu uso em pacientes oncológicos que frequentemente

utilizam opioides. Disponibilidade no SUS: consta na RENAME como componente básico – comprimido de 200 mg e 400 mg e suspensão oral 20 mg/ml (BRASIL, 2020).

- 3) Lamotrigina: dose inicial de 25 mg a 50 mg/dia, dose máxima de 200 mg a 500 mg/dia (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012). Disponibilidade no SUS: consta na RENAME como componente especializado – comprimido de 25 mg, 50 mg e 100 mg.
- 4) Topiramato: dose inicial de 25 mg/dia, dose máxima de 600 mg/dia (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012). Disponibilidade no SUS: consta na RENAME como componente especializado – comprimido de 25mg, 50mg e 100mg.
- 5) Pregabalina: dose inicial de 50 mg a 75 mg ao dia; dose máxima de 150 mg a 300 mg, 2x/dia (PORTENOY; AHMED; KEILSON, 2019). Droga de primeira escolha no tratamento da dor neuropática (AMÉRICO; VALE E MELO, 2012). Disponibilidade no SUS: Não consta na RENAME (BRASIL, 2020).

Referências

AMÉRICO, A.F.Q; VALE E MELO, I.T. Analgésicos não opioides. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (org.). Manual de Cuidados Paliativo ANCP. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.143-150.

AMITRIPTILINA. São Paulo: Eurofarma Laboratórios S.A., 2017. Bula de remédio. Disponível em: <https://www.eurofarma.com.br/wp-content/uploads/2018/01/cloridrato-amitriptilina-bula-profissional-saude-eurofarma.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2020.

BARROS, G.A.M.; COLHADO, O.C.G.; GIUBLIN, M.L. Quadro clínico e diagnóstico da dor neuropática. Rev. Dor. São Paulo, v. 17, n. 1, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17s1/pt_1806-0013-rdor-17-s1-0015.pdf. Acesso em: 3 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CARBAMAZEPINA. Guarulhos: Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A., 2013. Bula de remédio. Disponível em https://www.ache.com.br/arquivos/BU_CARBAMAZEPINA_JUL2013.pdf. Acesso em: 7 abr. 2020.

DESVENLAFAXINA. Guarulhos: Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A., 2019. Bula de remédio. Disponível em: <https://www.ache.com.br/arquivos/bula-paciente-desvenlafaxine.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2020.

DULOXETINA. São Paulo: Eurofarma Laboratórios S.A., 2020. Bula de remédio. Disponível em: https://www.eurofarma.com.br/wp-content/uploads/2018/08/doc01_Bula_paciente_duloxetina_abr_2020.pdf. Acesso em: 7 abr. 2020.

ECKELI, F.D.; TEIXERA, R.A.; GOUVEA, A.L. Instrumentos de avaliação da dor neuropática. *Rev Dor*. São Paulo, v. 17, n.1, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000500020&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 3 abr. 2020.

GALHARDONI, R.; TEIXEIRA, M.J., ANDRADE, D.C. Manejo Farmacológico da Dor. In: MARTIN, M.A. (org.). *Manual do residente de clínica médica*. Barueri: Manole, 2015. p. 108-114.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. IASP Terminology, 2018. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>. Acesso em: 21 maio 2020.

NORTRIPTILINA. São Paulo: Eurofarma Laboratórios S.A., 2013. Bula de remédio. Disponível em: https://www.eurofarma.com.br/wp-content/uploads/2016/09/Bula_Cloridrato-Nortriptilina_Paciente.pdf. Acesso em: 7 abr. 2020.

PORTENOY, R.K.; AHMED, E.; KEILSON, Y.Y. Cancer pain management: Adjuvant analgesics (coanalgesics). ABRAHM, J.; SAVARESE, D.M.F. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cancer-pain-management-adjuvant-analgesics-coanalgesics>. Acesso em: 6 abr. 2020.

VENLAFAXINA. Anápolis: Geolab Indústria Farmacêutica S.A., 2019. Bula de remédio. Disponível em: <https://www.cellerafarma.com.br/wp-content/uploads/2019/05/cloridrato-de-venlafaxina-Gen%C3%A9rico-Bula-Paciente.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2020.

15. *Delirium*: Como Diagnosticar e Tratar

Objetivo: Descrever a forma de avaliação e tratamento de pacientes em cuidados paliativos com *delirium*.

15.1. Avaliação

Delirium é uma síndrome cerebral orgânica, caracterizada por uma alteração aguda no nível de consciência, acompanhada de déficit de atenção e alteração na cognição (AZEVEDO, 2012; SILVA; FILHO, 2015). Está relacionada com múltiplas condições médicas subjacentes (orgânicas ou decorrente de tratamento) e, a princípio, é potencialmente reversível (AZEVEDO, 2012; SILVA; FILHO, 2015).

Aproximadamente 30% dos pacientes idosos que são hospitalizados podem apresentar *delirium* durante a internação (FRANCIS; YOUNG, 2020).

15.2. Fatores de risco, diagnóstico, causa desencadeantes e classificação

Os fatores de risco envolvidos na etiologia do *delirium* são (AZEVEDO, 2012; SILVA; FILHO, 2015):

- Idade avançada;
- Déficit cognitivo;
- Imobilidade;
- Demência;
- Déficit sensorial;
- Desnutrição;
- Desidratação;
- Uso de psicofármaco;
- Multimorbidade.

O diagnóstico de *delirium* se baseia no quadro clínico característico (SILVA; FILHO, 2015; FRANCIS; YOUNG, 2020):

- Desenvolvimento abrupto (horas a dias), com flutuação das características ao longo do dia;
- Alteração na atenção (diminuição na capacidade de focar e manter atenção);
- Alterações cognitivas (desorientação, alteração de linguagem, memória, percepção);
- As alterações não são explicadas por quadros neurocognitivos prévios ou de redução do nível de consciência, como coma;
- Existência de evidência na história clínica de associação entre as alterações e condições médicas ou relacionadas com medicação (efeito colateral, intoxicação ou suspensão);
- Outros sinais incluem: distúrbios emocionais (euforia, medo, depressão), alterações psicomotoras, alterações no ciclo sono-vigília.

Exames complementares podem ser solicitados, a depender da funcionalidade do paciente e da fase da doença, para auxiliar na identificação da causa.

Um instrumento bastante utilizado do diagnóstico de *delirium* é o Confusion Assessment Method (AZEVEDO, 2012; SILVA; FILHO, 2015), já validado para o português (FABRI et al., 2001). Este questionário avalia se o início do quadro foi agudo, se há distúrbio de atenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência (vide escala em anexo).

O *delirium* pode ser classificado de acordo com a sua manifestação (AZEVEDO, 2012; SILVA; FILHO, 2015):

- Hiperativo: paciente fica agitado, inquieto, com discurso desconexo e até agressividade;
- Hipoativo: paciente fica apático, rebaixado, confuso;
- Misto: quando o paciente oscila entre as duas formas acima.

As principais causas desencadeantes do *delirium* são (AZEVEDO, 2012; SILVA; FILHO, 2015; FRANCIS; YOUNG, 2020):

- Condições clínicas: infecção, distúrbios metabólicos e eletrolíticos, desidratação, hipóxia, infarto agudo do miocárdio, impactação fecal, retenção urinária, imobilidade, acidente vascular cerebral, hemorragia e hematoma intracraniano, falência orgânica (coração, pulmão, rim, fígado), hipotermia, dor;
- Procedimentos cirúrgicos (principalmente em cirurgia cardiovascular ou cirurgias longas);
- Medicamentos (principalmente as de ação central);
- Abstinência de álcool ou drogas ilícitas;

- Ambientais: mudança de ambiente, hospitalização (principalmente UTI), uso de contenção física, uso de cateteres e sondas, múltiplos procedimentos;
- Outros: privação sensorial, estresse, privação de sono.

Deve ser realizado diagnóstico diferencial com outras condições como: síndrome do pôr do sol, síndromes focais (occipital, temporoparietal e frontal), estado epiléptico não convulsivo, demência, doença psiquiátrica (como depressão) (FRANCIS; YOUNG, 2020).

15.3. Tratamento

Ao se identificar uma causa potencialmente reversível de *delirium*, deve-se considerar o tratamento específico dela (por exemplo: idoso com *delirium* e infecção urinária, o tratamento da infecção urinária pode, potencialmente, melhorar o quadro de *delirium*) (FRANCIS, 2019).

15.4. Medidas Farmacológicas e Não Farmacológicas

Além do tratamento da causa de base, preconiza-se uma série de medidas farmacológicas e não farmacológicas voltadas ao tratamento do sintoma (FRANCIS, 2019).

As medidas não farmacológicas incluem (AZEVEDO, 2012; SILVA; FILHO, 2015; FRANCIS; YOUNG, 2020):

- Suspensão de medicamentos potencialmente causadores de *delirium* (tricíclicos ou benzodiazepínicos que tenham sido introduzidos recentemente, por exemplo);
- Permitir que familiares ou pessoas conhecidas fiquem junto ao paciente como acompanhantes e tentar manter as visitas no período diurno;
- O profissional que for se aproximar do paciente se identificar e informar o procedimento que irá realizar;
- Perguntar como o paciente prefere ser chamado (às vezes, o paciente não se identifica com o primeiro nome);
- Manter o uso de aparelhos auditivos e óculos (para evitar privação sensorial);
- Manter ambiente com luz natural durante o dia e pouca luz durante a noite; se possível manter no quarto relógio e calendário (para tentar melhorar orientação);
- Ajustar horário de verificação de sinais vitais e de medicações (quando possível) para evitar interromper período de descanso noturno;

- Diminuir ruídos no ambiente;
- Evitar contenção física, quando necessário, realizar contenção química;
- Evitar procedimentos desnecessários;
- Avaliar indicação de passagem de sondas e cateteres e, após sua instituição, considerar a possibilidade de retirada precoce;
- Evitar imobilização prolongada;
- Corrigir desidratação.

O tratamento farmacológico está indicado quando as medidas não farmacológicas forem insuficientes para o controle da agitação (AZEVEDO, 2012).

A contenção física pode piorar a agitação e trazer danos ao paciente (LOBO et al., 2010), como perda de mobilidade, lesões por pressão, broncoaspiração e *delirium* prolongado (FRANCIS; YOUNG, 2020).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 427/2012 regulamenta o emprego da contenção mecânica pela enfermagem. Descreve que a restrição deve ser feita sob a supervisão de um enfermeiro, excetuando-se as situações de urgência e emergência, e somente quando for a única forma disponível para prevenir dano imediato ao paciente ou outras pessoas. Traz ainda que todo paciente com contenção física deve ser monitorado quanto ao nível de consciência, sinais vitais, condições de pele, circulação de membros e que tais verificações devem ser regulares e não devem exceder uma hora (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

Em relação ao manejo medicamentoso do *delirium*, recomenda-se: suspender medicações potencialmente causadoras de *delirium* (AZEVEDO, 2012), avaliar reconciliação medicamentosa de possíveis medicações psicotrópicas de uso regular, assim como evitar a suspensão súbita de medicação psicotrópica de uso regular.

Haloperidol é a droga mais estudada para controle na contenção química de *delirium* hiperativo (AZEVEDO, 2012; FRANCIS; YOUNG, 2020).

Recomendações para o uso do haloperidol:

- Via de administração: VO, SC, EV e IM (sempre que possível preferir VO);
- Em idosos iniciar com 0,5-1 mg;
- Em jovens iniciar com 1-2 mg;
- Se persistir com agitação, repetir dose inicial em 45-60 minutos;
- Uma vez controlado o sintoma, deixar a dose inicial utilizada de 12/12h ou 8/8h e titular conforme evolução do quadro clínico;

- A dose máxima diária descrita é de 30 mg/dia, porém pacientes em *delirium* de fim de vida costumam controlar sintomas com doses menores (média de 2, 8-6 mg/dia).

Outras medicações descritas em literatura para manejo de *delirium* são: risperidona (dose inicial 1 mg), quetiapina (dose inicial 12,5 mg), olanzapina (dose inicial 2,5 mg) e clorpromazina (dose inicial 12,5 mg).

Em pacientes com *delirium* refratário, apesar de medidas não farmacológicas e medicamentosas otimizadas, deve-se considerar a opção de sedação paliativa (AZEVEDO, 2012). Para mais informações sobre o tema, ver capítulo “Sedação Paliativa: Conceito, Quando Indicar e Como Fazer”.

Não se costuma indicar uso de benzodiazepínicos no manejo de *delirium* exceto no contexto de abstinência (alcoólica ou de benzodiazepínicos) (FRANCIS, 2019), ou de sedação paliativa.

Pontos críticos:

- Paciente não ser avaliado adequadamente em relação ao diagnóstico de *delirium* e as causas potencialmente reversíveis deixarem de ser tratadas;
- Paciente não receber o tratamento não farmacológico e farmacológico adequado para controle do *delirium*;
- Paciente receber contenção física e não ser monitorado regularmente quanto à presença de lesões.

Medicações de contenção farmacológica de *delirium* disponíveis na RENAME 2020 (BRASIL, 2020):

Princípio Ativo	Componente	Enteral	Parenteral
Haloperidol (atenção: não utilizar formulação haloperidol decanoato)	Básico	1 mg cp 5 mg cp 2 mg/ml sol. oral	5 mg/ml solução injetável
Cloridrato de Clorpromazina	Básico	25 mg e 100 mg cp 40 mg/ml sol. oral	5 mg/ml solução injetável
Hemifumarato de Quetiapina	Especializado	25 mg, 100 mg, 200 mg e 300 mg cp	
Olanzapina	Especializado	5 mg e 10 mg cp	
Risperidona	Especializado	1 mg, 2 mg e 3 mg cp 1 mg/ml sol. oral	

Referências

AZEVEDO, D. Delirium. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (org.). Manual de Cuidados Paliativo ANCP. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.184-190.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 427/2012. Normatiza os procedimentos de enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html. Acesso em: 23 maio 2020.

FABRI, R.M.A et al. Validity and reliability of the portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of *delirium* in the elderly. Arq. Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 59, n. 2., 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000200004. Acesso em: 23 de mar. 2020.

FRANCIS, J.; YOUNG, G.B. Diagnosis of *delirium* and confusional states. AMINOFF, M.J.; SCHMADER, K.E. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states>. Acesso em: 29 mar. 2020.

FRANCIS, J. *Delirium* and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. AMINOFF, M.J.; SCHMADER, K.E. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis>. Acesso em: 29 mar. 2020.

LOBO, R. R. et al. *Delirium*. Medicina (Ribeirão Preto Online), v. 43, n. 3, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/182>. Acesso em: 22 maio 2020.

SILVA, T.J.A.; FILHO, S.Q.F. *Delirium*. In: MARTNS, M.A. (ed.). Manual do Residente de Clínica Médica. Barueri: Manole, 2013. p. 840-843.

Anexo 1 - Confusion Assessment Method (CAM)

O diagnóstico de *delirium* pelo CAM revela-se na presença dos itens 1 e 2 mais o item 3 ou 4.

1. Início agudo	Há evidência de mudança aguda do estado mental de base do paciente?
2. Distúrbio de atenção	O paciente teve dificuldade para focalizar sua atenção, por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito? Se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?
3. Pensamento desorganizado	O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível do assunto?
4. Alteração do nível de consciência	Em geral, como você classificaria o nível de consciência do paciente: Alerta (normal) Vigilante (hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente) Letárgico (sonolento, facilmente acordável) Estupor (dificuldade para despertar) Coma *positivo para qualquer resposta a não ser alerta

Fonte: FABRI, R.M.A et al. *Validity and reliability of the portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly*. Arq. Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 59, n. 2., 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000200004. Acesso em: 23 de mar. 2020.

16. Dispneia e Outros Sintomas Respiratórios

Objetivo: Descrever a forma de avaliação e tratamento de pacientes em cuidados paliativos com dispneia e demais sintomas respiratórios.

16.1. Avaliação

Dispneia é definida pela American Thoracic Society como “uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam na intensidade” (PINTO, 2015, p. 811). Dessa forma, pode ser caracterizada pelo relato de não conseguir respirar ou de soltar todo o ar, sensação de avidez por ar, de sufocamento, aperto no peito, dentre outros (CARVALHO, 2012; DUDGEON, 2020). Como é um sintoma subjetivo é difícil para pacientes saberem quantificá-la, uma escala que pode ajudar nesse sentido é a numérica (sendo zero ausência de falta de ar e dez, a pior falta de ar possível) (PINTO, 2015).

Além disso, é importante levantar fatores de melhora ou piora, fatores desencadeantes; histórico de tabagismo e comorbidades; evolução no tempo; impacto na funcionalidade e na qualidade de vida da pessoa; possíveis causas e resposta ao tratamento (CARVALHO, 2012; PINTO, 2015; DUDGEON, 2020). Deve-se investigar também a presença de fatores emocionais, como ansiedade e depressão (DUDGEON, 2020).

No exame físico, observar frequência respiratória, uso de musculatura acessória, batimento de asa de nariz, tiragem de fúrcula, alterações na coloração da pele (palidez, cianose), edema, ascite, sinais de sarcopenia e ausculta pulmonar alterada (PINTO, 2015).

Lembrar que, por ser um sintoma subjetivo, uma saturação normal não exclui a presença de dispneia (PINTO, 2015; DUDGEON, 2020). O diagnóstico da dispneia é clínico e, no contexto de cuidados paliativos, exames devem ser realizados somente se ajudarem no processo de tomada de decisão (PINTO, 2015). Para tanto, recomenda-se identificar a fase da doença em que o paciente se encontra para avaliar se há pertinência para realização do exame.

16.2. Tratamento

Deve-se primeiramente tratar a causa da dispneia, quando isso for possível (CARVALHO, 2012; PINTO, 2015; DUDGEON, 2020). O tratamento deve ser individualizado: sempre avaliar funcionalidade e fase da doença antes de instituir a conduta (CARVALHO, 2012). Dentre as causas potencialmente corrigíveis e respectivos tratamentos, encontram-se (CARVALHO, 2012; PINTO, 2015; DUDGEON, 2020):

- Infecção: antibiótico, antifúngico.
- Congestão: diuréticos.
- Derrame pleural: procedimentos para drenagem.
- Broncoespasmo: broncodilatadores e corticoide.
- Tromboembolismo pulmonar: anticoagulantes.
- Obstrução de vias aéreas: radioterapia, laser, stents, broncoscopia.
- Linfangite carcinomatosa: corticoide e diuréticos.
- Síndrome da veia cava superior: corticoide e radioterapia.
- Anemia: hemotransfusão (concentrado de hemáceas).

Paralelamente, o sintoma também deve ser tratado com medidas farmacológicas e não farmacológicas.

16.2.1. Opioides

São amplamente recomendados (DUDGEON, 2020). Ocasionam redução na percepção central da dispneia, redução na sensibilidade à hipercapnia, redução no consumo de oxigênio e aumento da função cardiovascular. Seu uso para tratamento da dispneia é em baixas doses, menores que as habitualmente necessárias para o controle de dor (PINTO, 2015). Para o manejo de efeitos colaterais dos opioides, verificar o capítulo “Dor: Como Manejar Opioides e Seus Efeitos Colaterais”.

Pacientes virgens de opioide:

- Codeína 30 mg VO de 6/6h ou 4/4h no caso de dispneia leve (CARVALHO, 2012; PINTO, 2015). Disponibilidade no SUS: RENAME componente especializada - solução oral 3 mg/ml, comprimido de 30 mg e 60 mg (BRASIL, 2020).
- Morfina 5 mg VO ou 2 mg EV/SC de 6/6h ou 4/4h se dispneia moderada ou intensa (CARVALHO, 2012; PINTO, 2015). Titular dose, se necessário, a cada 24 horas Disponibilidade no SUS: RENAME componente especializada – solução injetável de 10 mg, solução oral de 10 mg/ml, comprimido de 10 mg e 30 mg (BRASIL, 2020).

Pacientes já em uso de opioide:

Aumentar a dose do opioide em 25% e titular doses (PINTO, 2015; DUDGEON, 2020).

16.2.2. Ansiolíticos

Têm papel importante na ansiedade, que comumente está relacionada à dispneia. Evitar seu uso isoladamente, podendo ser utilizado em conjunto com opioide (PINTO, 2015; DUDGEON, 2020).

- Lorazepam: 0,5 mg a 1 mg VO até de 6/6 horas (PINTO, 2015). Não consta na lista RENAME 2020 (BRASIL, 2020).
- Diazepam: iniciar com 5 mg/dia e titular dose conforme sintoma e atenção a efeitos colaterais, pode-se chegar até 10 mg VO a cada 6 horas (PINTO, 2015). Disponibilidade no SUS: RENAME componente básico – comprimido de 5 mg e 10 mg.
- Clonazepam: 0,25 mg a 2 mg VO a cada 12 horas (PINTO, 2015). A posologia de gotas facilita o fracionamento de doses e uma titulação mais fina. Disponibilidade no SUS: RENAME componente básico: solução oral de 2,5 mg/ml.

16.2.3. Oxigenioterapia:

É o tratamento padrão para pacientes hipoxêmicos em ar ambiente (DUDGEON, 2020). Para pacientes com DPOC, é indicada quando há PaO₂ menor ou igual a 55 mm/Hg ou saturação de O₂ menor igual a 88% (PINTO, 2015; DUDGEON, 2020); ou quando há PaO₂ entre 56 e 59 mmHg ou saturação de 89% mais: edema por insuficiência cardíaca, Ht>56% e evidência de cor pulmonale (PINTO, 2015). Não há melhora da dispneia em pacientes não hipoxêmicos com a oxigenioterapia, em comparação com ventilação ambiente (DUDGEON, 2020).

16.2.4. Ventilação não invasiva:

A indicação para uso da ventilação não invasiva deve ser muito clara e criteriosa, avaliada individualmente, e a decisão deve ser compartilhada com o paciente e com a família (CARVALHO, 2012), pois ao mesmo tempo que se obtém alívio do sintoma, o fato de ficar com a máscara na face por muito tempo gera desconforto e limita o contato do paciente com os familiares (PINTO, 2015). Além disso, está totalmente contraindicada quando paciente já se encontra com rebaixamento do nível de consciência.

16.2.5. Fisioterapia:

Posicionamento, manobras para mobilizar secreção, relaxamento de musculatura acessória, exercícios para prevenir e tratar imobilidade, aspiração de vias aéreas (PINTO, 2015), técnicas de controle de respiração. Por ser procedimento doloroso, avaliar risco-benefício de aspiração (CARVALHO, 2012).

16.2.6. Outros tratamentos não farmacológicos

Ambiente ventilado (se possível, manter janela aberta), psicoterapia, acupuntura, musicoterapia, técnicas de relaxamento, usar um leque ou outro objeto para abanar o rosto (PINTO, 2015; DUDGEON, 2020).

Atenção: em caso de dispneia refratária, isto é, paciente continua desconfortável mesmo após otimização de sintomáticos e medidas não farmacológicas, considerar sedação paliativa (PINTO, 2015; DUDGEON, 2020). Para maiores informações sobre o tema, verificar capítulo “Sedação Paliativa: Conceito, Quando Indicar e Como Fazer”.

16.3. Outros Sintomas Respiratórios

Tosse

Usar codeína 10 mg a 20 mg até de 4 em 4 horas (PINTO, 2015). Disponibilidade no SUS: RENAME componente especializado - solução oral 3 mg/ml, comprimido de 30 mg e 60 mg (BRASIL, 2020).

Broncorréia:

- Inalação com brometo de ipratrópio (até 40 gotas de 4/4h). Disponibilidade no SUS: RENAME componente básico: solução para inalação 0,25 mg/ml (BRASIL, 2020).
- Escopolamina: 20 mg 8/8h ou 6/6h VO, EV ou por hipodermóclise. Não consta na lista RENAME 2020 (BRASIL, 2020).
- Colírio de atropina: 2 gotas a cada 6-12 horas, *sublingual* (CARVALHO, 2012). Não consta na lista RENAME 2020 (BRASIL, 2020).

Pontos críticos:

- Paciente não ser avaliado de forma adequada.
- Paciente não receber o tratamento adequado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CARVALHO, R.T. Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012., p. 151-167.

DUDGEON, D. Assessment and management of dyspnea in palliative care. BRUERA, E.; GIVENS, J. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-dyspnea-in-palliative-care>. Acesso em 25 mar. 2020.

PINTO, T.C. Sintomas Respiratórios. In: MARTINS, M.A. (ed.). Manual do Residente de Clínica Médica. Barueri: Manole, 2015, p. 816-6.

17. Náuseas e Vômitos: Compreenda a Causa e Trate Adequadamente

Objetivo: Descrever a forma de avaliação e tratamento de pacientes em cuidados paliativos com náusea e vômito.

17.1. Avaliação

A náusea é definida como a sensação desagradável da necessidade de vomitar e vômito ou êmese é a expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico pela boca (MACIEL; BETTEGA, 2012; REBOUÇAS; NAKAEMA; ROSA, 2015).

A avaliação deste sintoma inclui identificar o início, a intensidade, fatores desencadeantes, fatores de melhora, características e sintomas concomitantes. A anamnese deve buscar antecedentes como alterações recentes de hábito intestinal, uso de quimioterápicos ou outras medicações emetogênicas, presença de dor abdominal, relato de fraqueza, obstipação, reação a odores, desejo de alimentar-se (MACIEL; BETTEGA, 2012; REBOUÇAS; NAKAEMA; ROSA, 2015; LONGSTRETH, 2018).

O exame físico deve procurar por distensão abdominal, sinais de desidratação, meningismo, ascite. Exames complementares como hemograma, função renal, eletrólitos, função hepática e raio-x de abdômen podem ajudar a elucidar a causa do sintoma (MACIEL; BETTEGA, 2012).

17.2. Fisiologia

É importante compreender a fisiologia da náusea para selecionar o tratamento mais efetivo. Algumas áreas do sistema nervoso central e do trato gastrointestinal ativam o centro do vômito. Para cada área há medicações que bloqueiam os mediadores que ativam o centro do vômito:

- **Zona Quimiorreceptora:** os estímulos químicos compreendem os opioides, quimioterápicos, anti-inflamatórios, antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação da serotonina, infecções, insuficiência renal e hepática, fatores tumorais, hipercalcemia e hiponatremia. Os principais mediadores químicos são dopamina e serotonina. Logo, os medicamentos com ação antidopaminérgica, como metoclopramida, haloperidol e clorpromazina e os antiserotoninérgicos, como a ondansetrona, são indicados nesses casos (MACIEL; BETTEGA, 2012).
- **Sistema vestibular:** associado ao vômito pela discinesia e outras alterações do vestibulo. Os principais mediadores são histamina e acetilcolina muscarínica; logo, o dimenidrinato é a medicação de escolha para essas situações (MACIEL; BETTEGA, 2012).
- **Córtex cerebral:** modulado pelo sistema límbico, é influenciado por ansiedade, medo e outros sentimentos. Também está relacionado com o vômito aprendido após associação negativa (como alimentos e odor). Neste caso, usar benzodiazepínicos e psicoterapia (MACIEL; BETTEGA, 2012).
- **Trato gastrointestinal:**
 - a) Via nervo vago: por estímulo na orofaringe, por obstrução intestinal ou carcinomatose peritoneal. Principais mediadores envolvem serotonina, dopamina, histamina, acetilcolina muscarínica, histamina. Neste caso, a ondansetrona é indicada (MACIEL; BETTEGA, 2012).
 - b) Motilidade gastrointestinal: quando medicações ou por condições mecânicas a motilidade fica reduzida. Principais mediadores são a dopamina e a serotonina; logo, neste caso estão indicados a metoclopramida e a domperidona (MACIEL; BETTEGA, 2012).
- **O próprio centro do vômito também pode ser estimulado.** Os principais mediadores são acetilcolina muscarínica e histamina. Escopolamina, atropina e anti-histamínicos bloqueiam tais mediadores (MACIEL; BETTEGA, 2012).

17.3. Tratamento Farmacológico

No manejo de sintomas em geral devemos sempre buscar entender a causa e sempre que possível/proporcional tratá-la. Por exemplo, uma paciente que se queixa de náuseas e está obstipada deve ter as medidas para regularização do trânsito intestinal otimizadas; quando a náusea é associada ao uso de alguma medicação é interessante avaliar a possibilidade de trocá-la ou de ajuste de dose (LONGSTRETH, 2018).

A escolha da medicação sintomática depende da origem da náusea. Seguem abaixo algumas opções:

- **Náusea e vômito quimicamente induzidos:**

- Metoclopramida: 10 mg EV/VO de 8/8h ou 6/6h.
- Haloperidol: 1 mg a 2 mg EV/SC de duas a três vezes ao dia (MACIEL; BETTEGA, 2012; REBOUÇAS; NAKAEMA; ROSA, 2015; LONGSTRETH, 2018).
- Ondansetrona: de 4mg a 8mg EV a cada 8 horas (MACIEL; BETTEGA, 2012; REBOUÇAS; NAKAEMA; ROSA, 2015; LONGSTRETH, 2018).

- **Estase gástrica: preferência para gastrocinéticos.**

- Metoclopramida: até 40 mg/dia EV.
- Bromoprida: 10 mg 3x/dia EV/VO (REBOUÇAS; NAKAEMA; ROSA, 2015; LONGSTRETH, 2018).
- Domperidona: 10 mg 8/8h VO (REBOUÇAS; NAKAEMA; ROSA, 2015; LONGSTRETH, 2018).

- **Hipertensão intracraniana:**

- Corticoide em dose elevada: dexametasona até de 16 a 20 mg/dia EV/SC (MACIEL; BETTEGA, 2012).
- Considerar dimenidrinato se sintoma de discenesia (MACIEL; BETTEGA, 2012), na dose 50 mg a 100 mg EV/VO a cada 6 horas (REBOUÇAS; NAKAEMA; ROSA, 2015; LONGSTRETH, 2018).

- **Constipação:**

- dieta laxativa, aumento de ingesta hídrica e estímulo a atividade física quando possível.
- considerar laxantes, caso a constipação seja associada ao uso de opioides verificar o capítulo “Dor: Como Manejar Opioides e Efeitos Colaterais”.

- **Obstrução intestinal:**

- haloperidol é a primeira escolha (em geral 2 a 6 mg/dia) (REBOUÇAS; NAKAEMA; ROSA, 2015);
- seguido por dimenidrinato (até 400 mg/dia) e ondansetrona (até 24mg/dia); (MACIEL; BETTEGA, 2012);
- associar antissecretores (escopolamina ou octreotide) e corticoide (pode reduzir compressão local); (MACIEL; BETTEGA, 2012);
- restringir volume de hidratação e considerar uso de sonda nasogástrica (envolver paciente na decisão) (MACIEL; BETTEGA, 2012);
- não usar procinéticos (REBOUÇAS; NAKAEMA; ROSA, 2015).

A associação de medicamentos antieméticos é possível desde que o mecanismo fisiopatológico sugira mais de um fator causal ou nos casos de difícil controle. Evitar medicações com o mesmo mecanismo de ação ou com mecanismos antagônicos (ex. metoclopramida e escopolamina) (MACIEL; BETTEGA, 2012).

O sintoma deve ser reavaliado periodicamente. Ressaltamos que, quando não se tem clareza da causa da náusea ou ela é multifatorial, pode-se usar medicações que atuam em vários receptores, como clorpromazina, dexametasona e olanzapina.

17.4. Tratamento Não Farmacológico

Sugerem-se as seguintes orientações (REBOUÇAS; NAKAEMA; ROSA, 2015):

- Optar por alimentos gelados ou em temperatura ambiente.
- Mastigar os alimentos devagar.
- Fazer pequenas refeições em intervalos menores.
- Tomar sorvete ou picolé de frutas cítricas (caso não esteja com mucosite).
- Evitar alimentos gordurosos, doces e condimentos.
- Evitar ingerir líquidos durante a refeição.
- Não deitar após as refeições.
- Se for possível, manter o ambiente arejado, livre de odores e de excesso de estímulos sonoros e visuais.

Pontos críticos

- Paciente não ser avaliado quanto à náusea e ao vômito.
- Paciente receber o tratamento inadequado.

Medicações com ação antiemética disponíveis na RENAME 2020 (BRASIL, 2020):

Princípio Ativo	Componente	Enteral	Parenteral
Acetato de Octreotida	Especializado		10 mg, 20 mg e 30 mg pó para suspensão injetável
Cloridrato de Metoclopramida	Básico	10 mg cp 4 mg/ml sol. oral	5 mg/ml sol. injetável
Cloridrato de Ondansetrona	Básico	4 mg e 8 mg cp orodispersível 4 mg e 8 mg cp	
Dexametasona	Básico	4 mg cp	4 mg/ml sol. injetável
Haloperidol (atenção: não utilizar formulação haloperidol decanoato)	Básico	1 mg cp 5 mg cp 2 mg/ml sol. oral	5 mg/ml sol. injetável
Olanzapina	Especializado	5 mg cp 10 mg cp	

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

MACIEL, M. G. S.; BETTEGA, R. Náusea e vômito. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 168 - 175.

REBOUÇAS, C. C.; NAKAEMA, K. E.; ROSA, V. M. Controle de sintomas digestivos. In: MARTINS, M.A. (ed.). Manual do Residente de Clínica Médica. Barueri: Manole, 2015. p. 817-823.

LONGSTRETH, G F. Approach to the adult with nausea and vomiting. TALLEY, N. J.; GROVER, S. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2018. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-nausea-and-vomiting?search=approach-to-the-adult-with-nausea&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 31 mar. 2020.

18. Sedação Paliativa: Conceito, Quando Indicar e Como Fazer

Objetivo: descrever o que é a sedação paliativa, em qual contexto deve ser utilizada, como prescrever e quais os cuidados devem ser prestados nesta situação.

18.1. Conceito e Indicação

A sedação paliativa é o uso de medicações que reduzem o nível de consciência objetivando alívio de um ou mais sintomas refratários em pacientes com doenças avançadas e progressivas que se encontrem em cuidados paliativos. A intensidade da sedação deve ser a menor possível para atingir um controle satisfatório do sintoma. São considerados sintomas refratários aqueles que a despeito do uso de todos recursos terapêuticos habituais seguem causando desconforto importante. A sedação paliativa é um recurso nos cuidados de fim de vida (CHERNY; RADBRUCH, 2009; CHERNY, 2014).

Para saber se a sedação está indicada, responder as seguintes perguntas abaixo (CHERNY; RADBRUCH, 2009; CHERNY, 2014):

- O paciente apresenta doença avançada progressiva e irreversível?
- O paciente encontra-se em cuidados paliativos, com alinhamento de priorização de medidas de conforto em detrimento de medidas invasivas?
- O paciente apresenta sintoma/desconforto importante?
- As causas potencialmente reversíveis para o quadro foram tratadas?
- A terapia medicamentosa e não medicamentosa para controle deste sintoma está otimizada?

Se todas as respostas forem “sim”, considerar início de sedação paliativa (ver figura 9).

18.2. Plano Terapêutico

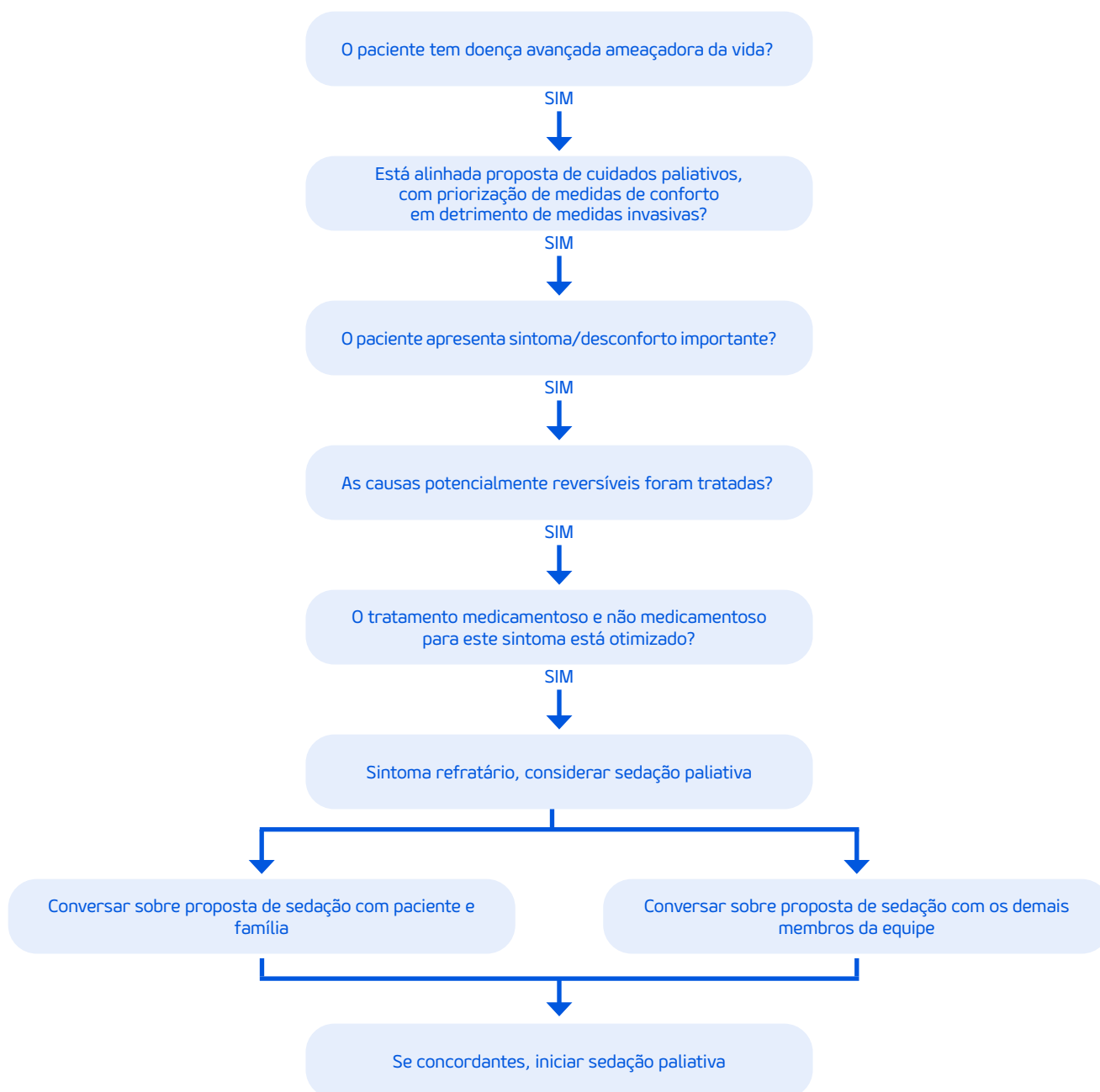
18.2.1. Cuidados:

Antes de iniciar a sedação, comunicar adequadamente a indicação, objetivos e efeitos da sedação paliativa para paciente e/ou família (CHERNY; RADBRUCH, 2009; CHERNY, 2014). Para auxiliar neste tipo de comunicação,

verificar os capítulos de “Reunião Familiar: Como Planejar e Executar Essa Potente Abordagem” e “Diretivas Antecipadas de Vontade e Planejamento Avançado de Cuidados”, além do anexo “Exemplos Práticos de Diálogos”.

Assim que o médico e paciente/família decidirem por iniciar a sedação, o médico deve comunicar a equipe assistencial para que todos possam providenciar o que for necessário para iniciar a sedação. Deve-se, dentro do possível, facilitar visitas de entes queridos e religiosa se houver interesse. A equipe de enfermagem deve procurar providenciar, idealmente, acesso exclusivo para infusão da sedação. Hipodermóclise (HDC) é uma boa opção.

Figura 9. Indicação de Sedação Paliativa



18.3. Princípios Gerais para Ajuste de Prescrição em Fase Final de Vida

- Jejum – nos últimos dias de vida a dieta é indicada apenas se for desejo do paciente de comer (dieta de conforto), desde que esteja com nível de consciência adequado. Não há benefício clínico em insistir em manter aporte calórico e não se acelera o processo de morte ao manter o paciente em jejum neste contexto (HUI; DEV; BRUERA, 2015). Não há benefício de passagem de SNE para introdução de dieta enteral nos últimos dias de vida (HUI; DEV; BRUERA, 2015). Vale ressaltar que mesmo aqueles pacientes que já possuem SNE ou gastrostomia, considera-se reduzir ou suspender a dieta devido ao risco de haver gastroparesia, que pode gerar sintomas como náusea e desconforto abdominal e até mesmo possibilita broncoaspiração (HUI; DEV; BRUERA, 2015).
- Evitar hiper-hidratação - grandes volumes de soro podem induzir desconforto respiratório, propiciar anasarca e não trazem benefício em termos de sobrevida (BRUERA et al., 2013). Sugere-se evitar volumes maiores do que 500 a 1000 ml/24h de soro nos últimos dias de vida;
- A prescrição de medicamentos deve ser focada em medicações que trazem alívio de sintomas como antitérmicos, analgésicos, antieméticos e outros sintomáticos (CHERNY, 2014);
- Anti-convulsivantes de uso prévio devem ser mantidos (quando a via oral não for mais possível considerar o uso de fenitoína EV ou fenobarbital EV/HDC para evitar recorrência de crises);
- Suspender medicações “profiláticas”, pois estas deixam de ter sentido nessa fase, visto o prognóstico de curto prazo (ex. heparinas, AAS, estatinas, entre outras) (CHERNY, 2014);
- Suplementação de oxigênio só deve ser feita para pacientes hipoxêmicos. Lembrando que no contexto de fim de vida o sintoma de dispneia é mais importante do que o valor de saturação de O₂ para nortear ajustes terapêuticos. Não está indicado o uso de ventilação não invasiva (VNI) em pacientes sedados.
- Suspender coleta de exames de rotina e controle de glicemia capilar de horário (alinhar com a família a suspensão de tais procedimentos).

ATENÇÃO: o objetivo é controlar o sintoma e não necessariamente deixar o paciente profundamente sedado. Por exemplo, se a sedação foi indicada por dispneia e com a dose inicial o paciente atingir conforto respiratório e continuar acordado, não se deve aumentar a dosagem. Esses casos não são os mais frequentes, mas podem ocorrer.

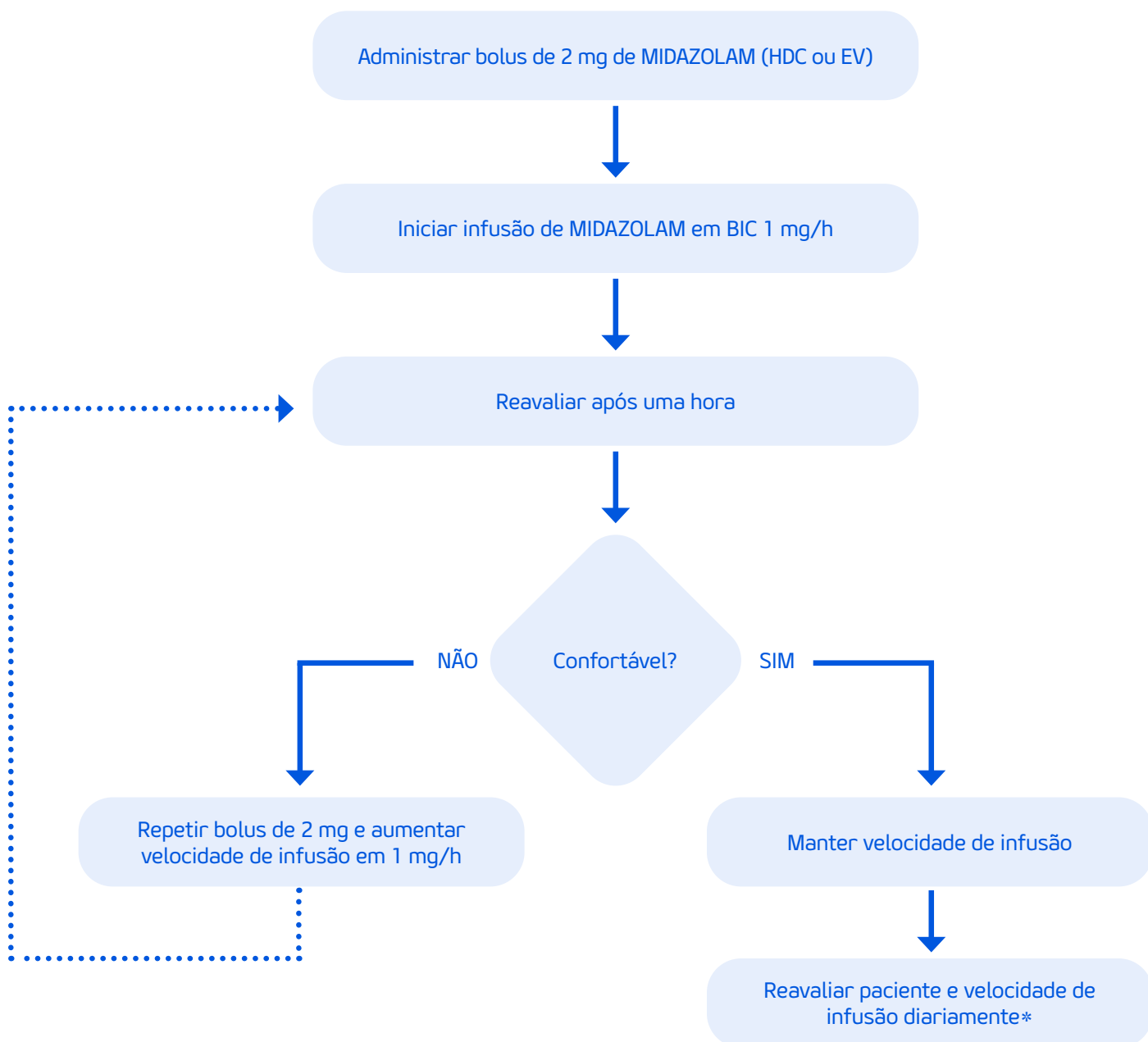
18.4. Medicações

1ª opção de medicação: midazolam em bomba de infusão contínua.

Se o serviço tiver disponibilidade de bomba de infusão contínua e midazolam parenteral, sugere-se iniciar a sedação com essa medicação conforme orientação abaixo:

- Vias de administração que podem ser utilizadas: EV ou HDC.
- Bolus inicial de 2 a 5 mg de midazolam (pacientes idosos, com disfunção renal ou caquéticos favorecer doses mais baixas; pacientes usuários crônicos de benzodiazepínicos, etilistas ou usuários de drogas ilícitas costumam precisar de doses mais altas para se atingir efeito satisfatório).
- A sedação só deve ser indicada a pacientes que estejam desconfortáveis, desta forma queremos um início de ação rápido e por isso que está indicado o bolus inicial. Logo após o bolus, deve-se iniciar a infusão contínua.
- Solução em bomba de infusão contínua: para facilitar o acompanhamento de doses, sugere-se utilizar solução com concentração de 1 mg/ml. A seguir, algumas sugestões de solução:
 - Midazolam ampola de 50 mg/10ml – diluir duas ampolas (100 mg) em 80 ml de soro fisiológico (obtem-se solução de 100 ml em 100 mg de midazolam).
 - Midazolam ampola de 15 mg/3 ml – diluir 4 ampolas (60 mg) em 48 ml de soro fisiológico (obtem-se solução de 60 ml com 60 mg de midazolam).
 - A escolha entre essas soluções deve ser feita com base na apresentação disponível na instituição.
 - A solução é válida por 24h, após este período o volume restante deve ser descartado e uma nova solução deve ser instalada.
 - Utilizando uma das soluções acima, programar a bomba de infusão com velocidade inicial de 1 ml/hora (equivalente a 1 mg/hora) (CHERNY, 2014)
 - Reavalie o paciente em 1 hora - se ele mantiver desconforto, repita o bolus inicial e aumente a velocidade de infusão em 1 ml/hora (passando para 2 ml/hora a velocidade de infusão).
 - Esse procedimento deve ser repetido de hora em hora até que o paciente fique confortável.
 - A partir do momento que o paciente estiver confortável a velocidade de infusão deve ser mantida estável e as reavaliações podem ser espaçadas (ver figura 10).
 - A dose máxima a ser utilizada é de 20 mg/hora. Caso se atinja essa dose, associe a utilização de clorpromazina conforme descrito a seguir.

Figura 10. Titulação de dose de Midazolam



* Caso técnico de enfermagem ou familiar sinalize que o paciente ficou desconfortável antecipar reavaliação

No paciente sedado em que a dose já tenha sido titulada e ele esteja confortável, sugere-se um mínimo de uma avaliação médica por dia e uma avaliação de enfermeiro por turno (manhã, tarde e noite). Caso seja sinalizado por acompanhantes e/ou técnico de enfermagem que houve piora do quadro e o paciente está desconfortável, este deve ser avaliado brevemente pela equipe.

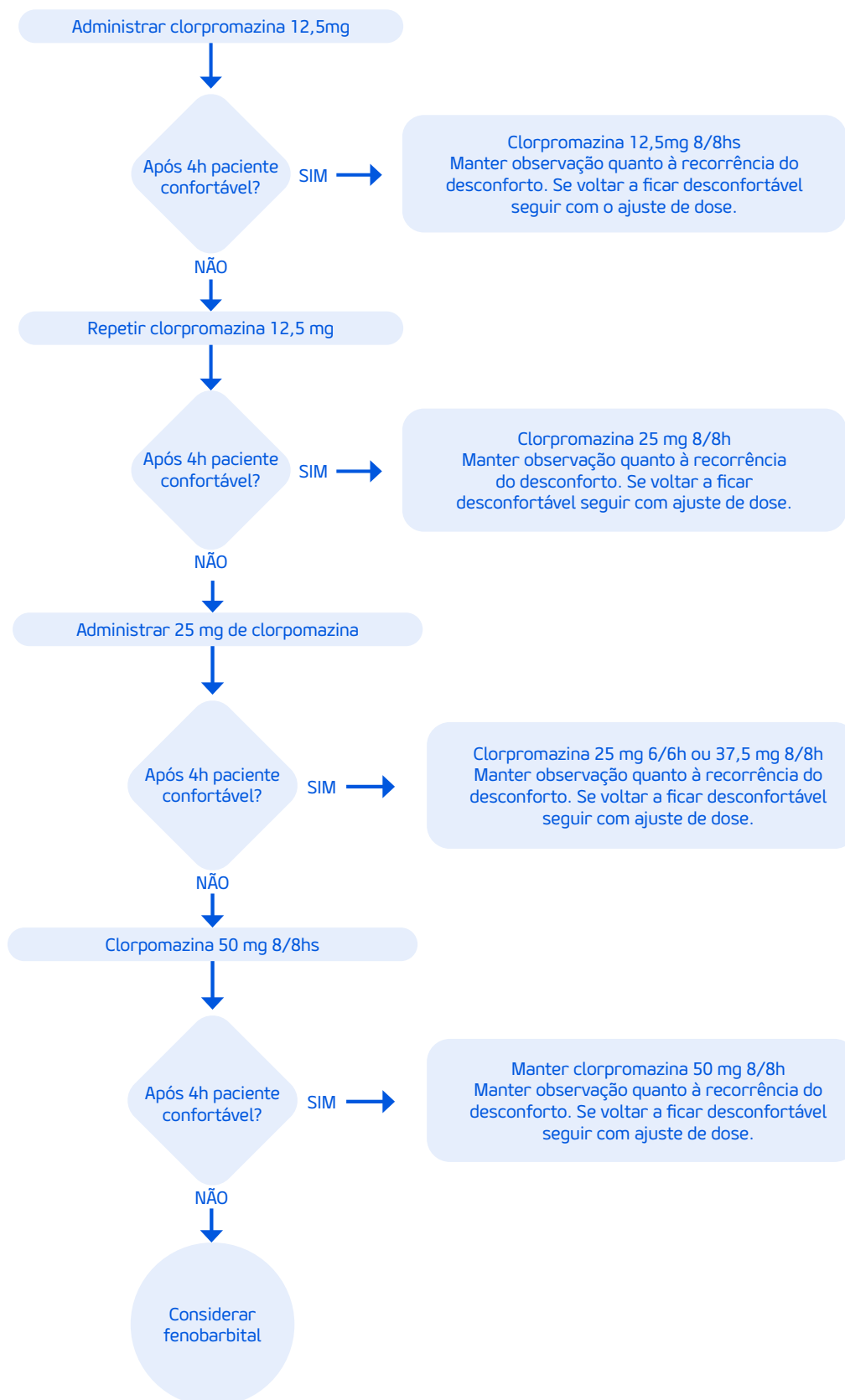
2ª opção de medicação: Clorpromazina

Caso o serviço não tenha disponibilidade de midazolam e/ou bomba de infusão, inicie a sedação com clorpromazina. Caso tenha atingido a dose máxima de midazolam (20 mg/h) associe a clorpromazina.

- Disponibilidade na RENAME 2020 componente básico: cloridrato de clorpromazina 5 mg/ml solução injetável (BRASIL, 2020).
- Via de administração de clorpromazina: EV, HDC ou IM.
 - Se o paciente tiver acesso venoso preferir essa via de administração, caso contrário considere utilização de hipodermóclise. A via IM pode ser utilizada, mas devemos lembrar que se trata de administração mais dolorosa.
 - Observação quanto ao uso da Clorpromazina por hipodermóclise: a literatura não é consistente em relação à administração da clorpromazina pela via subcutânea, com evidências a favor e contra (vide capítulo “Hipodermóclise: Técnica, Cuidados e Medicamentos Compatíveis por essa Via”). Portanto, sugere-se o uso da clorpromazina pela via subcutânea somente quando não for possível a sua administração pela via endovenosa e na necessidade de sedação paliativa em fase final de vida. Para minimizar risco de possíveis efeitos adversos, sugere-se diluir a medicação em 100 ml de SF 0,9%, administrar em 1 hora, observação rigorosa do local de punção quanto à hiperemia, dor, endurecimento e necrose local e avaliar trocar local da punção ou suspender a medicação na ocorrência de evento adverso local.

A seguir, na figura 11, está descrita sugestão de titulação de dose de clorpromazina para sedação paliativa.

Figura 11. Titulação de dose clorpromazina:



3ª opção de medicação: Fenobarbital.

- Disponibilidade na RENAME 2020 componente básico: fenobarbital solução injetável 100 mg/ml (BRASIL, 2020).
- Ao iniciar sedação com fenobarbital, sugere-se suspender sedação com midazolam e/ou clorpromazina.
- Iniciar fenobarbital 12,5 a 25 mg 6/6h.
- Via de administração: HDC (acesso exclusivo para a droga) ou EV lento.
- Titular a dose até controle de sintomas podendo se chegar até 3 mg/kg/dia (CHERNY, 2014).

ATENÇÃO: não se deve utilizar opioides com intuito sedativo! Essas medicações podem ser utilizadas para analgesia e controle de dispneia em doses adequadas para cada sintoma. O rebaixamento de nível de consciência pelo uso de opioides configura quadro de intoxicação medicamentosa e não sedação paliativa.

Em caso de sintoma descompensado na vigência de sedação paliativa checar:

- Permeabilidade do acesso;
- Medicações e doses;
- Funcionamento na bomba de infusão;
- Suspensão de medicações que possam causar abstinência (opioides, corticoides e nicotina, por exemplo);
- Retenção urinária (bexigoma);
- Se há algo incomodando o paciente (objetos no leito, fralda molhada, posicionamento);
- Se descartadas estas intercorrências, seguir com a titulação de dose.

Cuidados após início da sedação paliativa:

- Registrar adequadamente em prontuário (hora de início, indicação, comunicação com paciente/familiares e reavaliações);
- Reavaliar frequentemente até controle adequado dos sintomas e a seguir manter reavaliação diária. Pelo menos uma avaliação médica por dia, no caso de pacientes confortáveis, e uma da enfermeira responsável pelo turno (manhã/tarde/noite);
- Sondagem vesical de alívio se necessário (somente se bexigoma); se a sondagem de alívio ficar muito frequente (2 ou mais vezes ao dia), sugere-se avaliar passagem de sonda vesical de demora;

- Realizar hidratação da pele e mudanças de decúbito;
- Manter medidas para proteção ocular;
- Manter paciente limpo e seco;
- Manter medidas de higiene, como trocas de fralda, banho e higiene oral;
- A aferição de sinais vitais pode ser espaçada para 2 a 3 vezes por dia; quando o paciente está falecendo, não há necessidade de verificação rigorosa de sinais vitais (CHERNY, 2014). Este momento é muito angustiante para a família e deixar de verificar sinais vitais pode ser entendido como omissão de cuidados. É função da equipe, principalmente da enfermeira, conversar com a família sobre os sinais de progressão de doença e de proximidade da morte e que medidas como pressão arterial e verificação da respiração não deixarão de ser realizadas. Por outro lado, é importante esclarecer que alterações nos sinais vitais poderão ser encontradas e que muitas vezes são indicativas de que o paciente está se aproximando dos seus últimos momentos. A não ser que o paciente esteja desconfortável, a maior intervenção será com a família, no sentido de esclarecer e acolher. Quando paciente apresentar desconforto como gemência, dificuldade para respirar ou fáscies de dor, a verificação de sinais vitais pode ser feita para avaliar melhor o motivo do desconforto;
- Dar preferência para avaliar o conforto através de padrão respiratório, presença de gemência e/ou agitação, fáscies de dor. Sugere-se para avaliação da agitação a escala Richmond Agitation-Sedation Scale – RASS (NASSAR JUNIOR et al., 2008), conforme tabela 17 a seguir;
- Suspender o controle de glicemia capilar de horário por trazer desconforto. Conversar com a família sobre a não indicação deste procedimento em situação de fase final de vida, acolher angústias que surgirem nesse sentido;
- Acompanhamento da equipe multiprofissional para esclarecer a família sobre o que está sendo feito para controlar os sintomas, quais sinais o paciente pode apresentar, acolher angústias, sentimentos, expectativas, fornecer orientações práticas relacionadas ao óbito, dentre outros (CHERNY; RADBRUCH, 2009; CHERNY, 2014);
- Estimular visitas para proporcionar despedidas (CHERNY; RADBRUCH, 2009; CHERNY, 2014), avaliar possibilidade junto à instituição de liberar visitas fora do horário, porém de forma organizada.

Tabela 17. **Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) validada para o português.**

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

Fonte: NASSAR JUNIOR, A.P. et al. Validade, confiabilidade e aplicabilidade da versões em português de escalas de sedação e agitação em pacientes críticos. *São Paulo Med. Journ.* v. 126, n. 4, p. 215-219, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802008000400003&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 23 maio 2020.

Deve-se lembrar que a titulação de dose das medicações pode ocorrer nos dois sentidos. Isto é, se em algum momento se caracterizar que o paciente está recebendo dose excessiva da medicação, a infusão pode ser interrompida por um período e depois reiniciada em dose mais baixa. O período de interrupção da medicação é relacionado ao tempo de ação desta, por exemplo, o midazolam, que tem uma meia-vida curta, reverte seu efeito rapidamente. É importante atentar para o fato de que a sedação paliativa é indicada no contexto de sintoma refratário que traga desconforto significativo. Dessa forma, sugere-se que o descalonamento de doses, quando indicado, seja feito da maneira criteriosa. Suspensões abruptas podem ser associadas com a recorrência do sintoma/desconforto.

18.5. Pontos Principais

- A sedação paliativa é um recurso para alívio do sofrimento de pacientes com sintomas refratários.
- Apenas uma parcela dos pacientes em fim de vida necessita deste recurso.
- O objetivo é controle de sintoma desconfortável e refratário.
- A dose deve ser titulada e o acompanhamento, frequente.
- É importante compartilhar a decisão e registrar em prontuário.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRUERA, E. et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: A multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Journal of Clinical Oncology*, v. 31, n. 1, p. 111-118, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6518>. Acesso em: 1 abr. 2020.

CHERNY, N. I. ESMO clinical practice guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Annals of Oncology*, v. 25, n. S1, p. 143 -152, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu238>. Acesso em: 30 mar. 2020.

CHERNY, N. I.; RADBRUCH, L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, v. 23, n. 7, p. 581–593, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269216309107024> Acesso em: 30 mar. 2020.

HUI, D.; DEV., R; BRUERA, E. The last days of life: Symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, v. 9, n. 4, p. 346–354, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SPC.000000000000171>. Acesso em: 4 abr. 2020.

NASSAR JUNIOR, A.P. et al. Validade, confiabilidade e aplicabilidade da versões em português de escalas de sedação e agitação em pacientes críticos. *São Paulo, Med. Journ.* v. 126, n. 4, p. 215-219, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802008000400003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 maio 2020.

PINTO, T.C. Sintomas Respiratórios. In: Martins, MA (edit.). In: MARTINS, M.A. (ed.). *Manual do Residente de Clínica Médica*. Barueri: Manole, 2015, p. 811-6.

19. Hipodermóclise: Técnica, Cuidados e Medicamentos Compatíveis por essa Via

Objetivo: Descrever a técnica da punção de hipodermóclise, cuidados relacionados e medicamentos compatíveis com esta via de administração de medicação.

19.1. Considerações Iniciais

Hipodermóclise é conceituada como a administração de medicações e fluidos pela via subcutânea (CARONE, 2016).

Indicações

Via oral indisponível e dificuldade para obter acesso venoso. Exemplos de situação onde a via oral não é possível: disfagia avançada sem dispositivo alternativo para dieta, náuseas e vômitos incoercíveis, obstrução intestinal maligna, rebaixamento do nível de consciência e agitação. A via deve ser utilizada para hidratar e controlar sintomas. A hipodermóclise também está indicada quando o paciente já tem um acesso endovenoso com medicação contínua, sem condições de outro acesso EV para demais medicações. (PONTALTI et al., 2012; VIDAL, 2015; AZEVEDO, 2017).

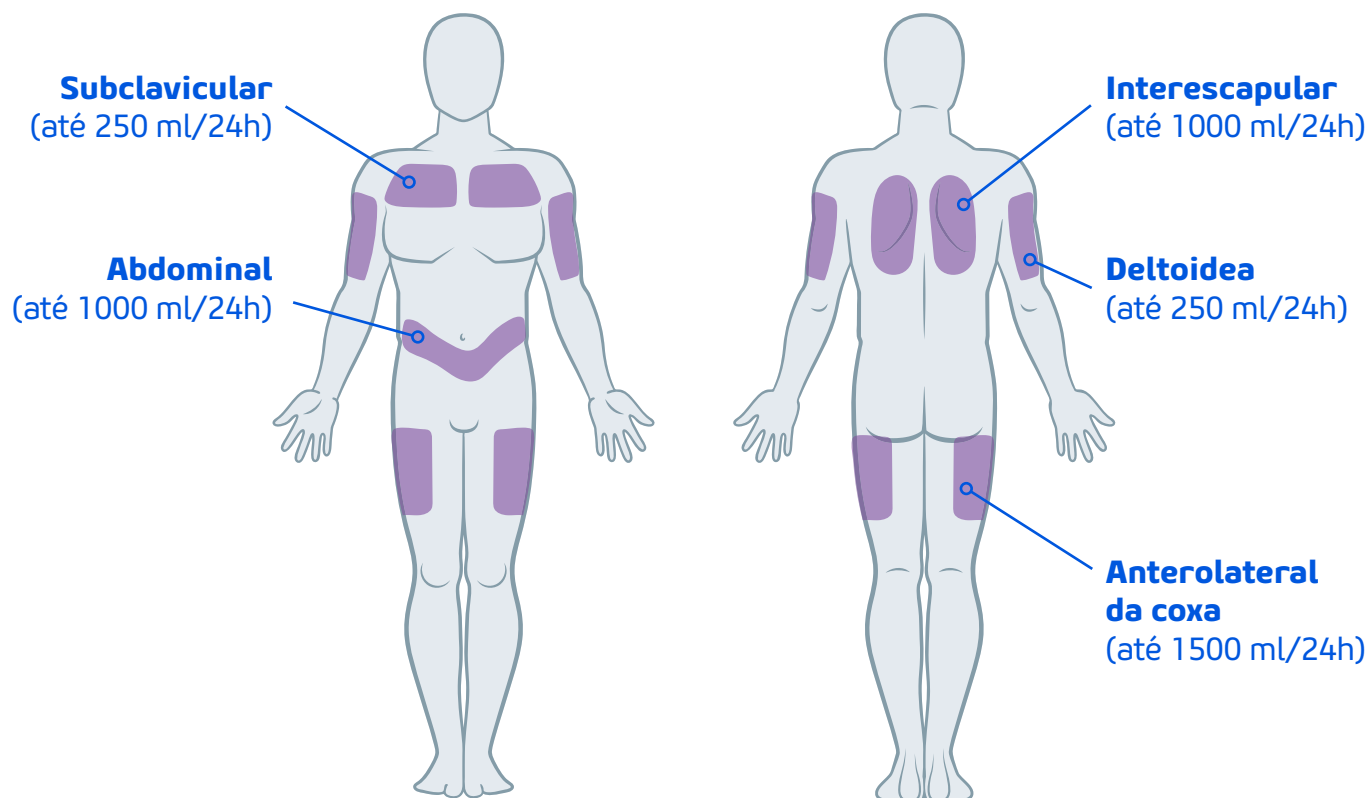
Contraindicações

Medicação incompatível por via subcutânea, recusa do paciente, anasarca, caquexia extrema, pele com lesão, edema, infecção ou irritação local, áreas previamente expostas a radioterapia ou submetidas a linfadenectomia, situações de emergência (como necessidade de reposição rápida de volume), plaquetopenia severa (VIDAL, 2015; CARONE, 2016; AZEVEDO, 2017).

Locais de punção

Para cada área há um volume total de fluido permitido para ser administrado em 24 horas, conforme a figura 12:

Figura 12. Locais indicados para punção da hipodermóclise e respectivos volumes máximos de infusão em 24 horas.



Fonte: AZEVEDO, D. L. (org.). *O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos 2.ed.* Rio de Janeiro: SBGG, 2017.

19.2. Punção e Cuidados Relacionados

19.2.1. Material Necessário

Para a punção da hipodermoclise, são necessários os seguintes materiais (CARONE, 2016; AZEVEDO, 2017):

- Luva de procedimento.
- Solução antisséptica (álcool 70% ou clorexidine alcoólico).
- Algodão ou gaze não estéril.
- Cateter não agulhado (n. 22 ou 24).
- Agulha para aspiração.
- Seringa (3 ml a 10 ml).
- Soro fisiológico (ampola de 10 ml).
- Filme transparente, micropore ou esparadrapo para fixação.

Observação: apesar de a técnica poder ser realizada com cateter agulhado, seu uso não é recomendado por questões de segurança do profissional, pelo maior risco de acidente com material perfurocortante. Usar o cateter agulhado somente se não houver disponibilidade do cateter não agulhado e, mesmo assim, recomenda-se toda cautela no manuseio do dispositivo para prevenir acidentes.

19.2.2. Técnica de Punção

A punção deve ser realizada da seguinte forma (CARONE, 2016; AZEVEDO, 2017):

- Explicar procedimento para paciente e familiares. Reforçar que é esperado ocorrer edema no local da punção após a administração da medicação devido à via de administração.
- Lavar as mãos e separar o material.
- Se utilizar cateter agulhado: preencher o dispositivo com o soro fisiológico 0,9% e, após, lavar as mãos novamente.
- Avaliar locais de punção e escolher a área (baseando-se no item 19.2.1). O local deve estar longe de proeminência óssea, articulação e, se a punção for no abdômen, deve estar distante 5 cm do umbigo.
- Calçar as luvas e realizar antisepsia com solução antisséptica e gaze não estéril ou algodão.
- Segurar uma prega de pele (que dê para sentir o subcutâneo) e introduzir o cateter na prega, num ângulo de 45°, com o bisel voltado para cima. O sentido da punção deve ser em direção centrípeta,

ou seja, de fora para dentro. Após introduzir metade do cateter, diminuir a angulação e terminar de introduzir o cateter. No caso de cateter não agulhado, retirar o mandril após a punção.

- Testar a localização do cateter: aspirar (para verificar se atingiu algum vaso) e infundir de 2 a 3 ml de soro fisiológico. Ao administrar o soro, é possível palpar o edema que irá formar na extremidade do cateter e, ao aspirar, não deve voltar sangue. Estes são os sinais de que a punção foi feita com sucesso. Se houver resistência ou o paciente se queixar de muita dor à infusão, a agulha pode estar no músculo; logo, deve-se retirar o acesso e realizar nova punção, no mínimo com 5 cm de distância da punção anterior. Caso houver retorno venoso, sacar dispositivo e realizar nova punção.
- Fixar o dispositivo com filme transparente, micropore ou esparadrapo. Se filme transparente, trocar película antes de sete dias se sinais flogísticos (caso contrário, trocar película junto com a troca da punção). Se micropore ou esparadrapo, trocar fixação diariamente para avaliação da inserção. Identificar fixação com data.
- Manter a extensão do cateter agulhado preenchido com soro fisiológico e ocluído com tampa adequada. No caso de cateter não agulhado, este pode ser mantido fechado com tampa adequada ou com polifix preenchido com soro fisiológico.
- Após a administração de medicação, o circuito deve ser lavado com soro fisiológico 0,9%. Não há necessidade de manter rotina de salinizar o cateter.
- Anotar o procedimento em prontuário (descrever tipo e calibre do cateter, localização, tipo de fixação).

19.2.3. Cuidados Pós-Punção

- 1) Lavar as mãos antes e após manipular cateter. Realizar antissepsia da via de acesso sempre que for abrir o sistema (friccionar gase ou algodão embebido em álcool 70% ao redor do óstio do lúmen do acesso).
- 2) Trocar tampinha/polifix do sistema conforme rotina institucional.
- 3) Proteger o local da punção com plástico quando for realizado banho.
- 4) Recomendação do tempo de permanência do dispositivo: não há consenso na literatura quanto ao tempo de permanência do cateter no tecido subcutâneo, variando de 2 a 11 dias (PONTALTI et al., 2012; VIDAL et al., 2015; CARONE, 2016; AZEVEDO, 2017). Atentar para observação sobre cateter agulhado (no item 19.2.1). Recomenda-se alinhar periodicidade da troca com a comissão de controle de infecção hospitalar. Trocar cateter antes do previsto ao menor sinal de complicação local.
- 5) Atentar para o volume total de fluido permitido em cada local de punção. Se necessário, realizar duas punções ou avaliar possibilidade de reduzir volume de fluido com a equipe médica.
- 6) Caso o paciente esteja com medicação de horário e soroterapia contínua, deixar uma punção para medicação e outra para soroterapia.

Complicações: o sítio de inserção deve ser avaliado periodicamente (antes da administração de medicação) quanto à presença de sinais flogísticos ou demais complicações. De forma geral, na presença de complicação local a orientação é retirar o cateter e realizar nova punção em outro local (no mínimo, com 5 cm de distância) (AZEVEDO, 2017). A tabela abaixo resume a conduta que deve ser tomada diante das complicações:

Tabela 18. Eventos adversos relacionados com hipodermóclise e como manejá-los.

Edema, calor, rubor ou dor persistentes	Retirar acesso Fazer nova punção a pelo menos 5 cm de distância
Celulite	Compressa gelada por 15 minutos Curva térmica Comunicar equipe médica – considerar uso de antibiótico tópico ou sistêmico e acompanhamento diário por enfermeiro
Secreção purulenta	Retirar acesso Drenagem manual Limpeza com SF 0,9% e aplicação de clorexidina alcoólica 5%. Curativo oclusivo com troca pelo menos a cada 24h Comunicar equipe médica – considerar uso de antibiótico tópico ou sistêmico e acompanhamento diário por enfermeiro
Endurecimento	Retirar acesso Fazer nova punção a, pelo menos, 5 cm de distância Observação: pacientes com câncer avançado e comprometimento da rede ganglionar podem apresentar edema de parede abdominal que se confunde com infiltração local e endurecimento
Hematoma	Retirar acesso Aplicar polissulfato de mucopolissacarídeo (Hirudoid®) com massagem local 4/4h Fazer nova punção com cateter não agulhado Observação: em pacientes com risco de sangramento, indica-se a punção em flanco, em altura entre a cicatriz umbilical e a crista ilíaca, pois é a região menos vascularizada do abdômen
Necrose	Retirar acesso Curativo diário – avaliar indicação de debridamento com papaína ou hidrogel e acompanhamento diário por enfermeiro

19.3. Medicações, Soluções e Diluições

A Tabela 19 mostra as informações sobre medicações e doses passíveis de serem realizadas por hipodermóclise, ao lado de sugestão de tempo de infusão e de diluição, além de comentários. Recomenda-se a leitura das referências deste capítulo para analisar e confrontar as informações.

Tabela 19. Medicamentos, soluções, sugestão de diluições e de tempo de infusão para utilização via hipodermóclise.

MEDICAMENTOS	DOSE	DILUIÇÃO	TEMPO DE INFUSÃO	COMENTÁRIOS
Ampicilina ^{1,2}	1 g/dia	SF 0,9% 100ml	40 minutos	
Cefepime ^{1,2,3}	1 g 12/12h ou 8/8h	Reconstituir 1g em 10ml de água destilada e diluir em SF 0,9% 100ml	40 minutos	
Ceftriaxone ^{1,2,3}	1g 12/12h	Reconstituir 1 g em 10 ml de água destilada e diluir em SF 0,9% 100 ml	40 minutos	Não é recomendada a posologia de 2 g 1x/dia devido ao risco de complicação local
Cefotaxima ²	500 mg/dia	SF 0,9% 100 ml	40 minutos	
Ceftazidima ²	500 mg/dia	SF 0,9% 100 ml	40 minutos	
Dexametasona ^{1,2,3}	2-16 mg a cada 24h	SF 0,9% 10 ml	Em bolus, lentamente	Risco de irritação local. Medicação incompatível com as demais (fazer em via exclusiva)
Dipirona ^{1,2,3}	1-2 g até 6/6h	SF 0,9% 10 ml (se 1 g) ou SF 0,9% (se 2 g)	Em bolus, lentamente	Risco de irritação local
Ertapenem ¹	1 g 24/24h	Reconstituir em 10 ml de água destilada e diluir em 100 ml de SF 0,9%	40 minutos	

MEDICAMENTOS	DOSE	DILUIÇÃO	TEMPO DE INFUSÃO	COMENTÁRIOS
Escopolamina ^{1,2,3}	20 mg 8/8h até 60 mg 6/6h	SF 0,9% 10 ml	Em bolus, lentamente	Não confundir com a apresentação combinada com dipirona. Pode ser feito em infusão contínua
Fenobarbital ^{1,2,3}	100-600 mg/24h	SF 0,9% 100 ml	40 minutos	Pode causar dor e irritação local – fazer em via exclusiva
Furosemida ^{1,2,3}	20-140 mg/24h	SF 0,9% 10 ml	Em bolus, lentamente	
Haloperidol ^{1,2,3}	0,5-30 mg/24h	Água destilada 10 ml	Em bolus, lentamente	Recomenda-se usar água destilada pois há risco de precipitação com SF se houver concentração de haloperidol \geq 1 mg/ml. Medicação incompatível com as demais (fazer em via exclusiva)
Metadona ^{1,2,3}	50% da dose oral habitual	SF 0,9% 10 ml	Em bolus, lentamente	Risco de irritação local. Pode ser feito em infusão contínua
Metoclopramida ^{1,2,3}	30-120 mg/dia	SF 0,9% 10 ml	Em bolus, lentamente	Risco de irritação local
Midazolam ^{1,2,3}	1-5 mg (bolus) 10-120 mg/ dia (infusão contínua)	SF 0,9% 10 ml	Em bolus, lentamente	Risco de irritação local. Pode ser feito em infusão contínua
Morfina ^{1,2,3}	Dose inicial: 2-3 mg 4/4h (bolus) ou 10-20 mg/24h (infusão contínua)	SF 0,9% 10 ml	Em bolus, lentamente	Pode ocasionar prurido. Pode ser feito em infusão contínua
Ondansetrona ^{1,2,3}	8-32 mg/24h	SF 0,9% 10 ml	Em bolus, lentamente	
Ranitidina ^{1,2,3}	50-300 mg/24h	SF 0,9% 10 ml	Em bolus, lentamente	

MEDICAMENTOS	DOSE	DILUIÇÃO	TEMPO DE INFUSÃO	COMENTÁRIOS
Tramadol ^{1,2,3}	100-600 mg/24h	SF 0,9% 10 ml	Em bolus, lentamente	
Soro fisiológico ^{1,3} 0,9%	Máximo 1500 ml/24h por sítio		Máximo 1500 ml/24h por sítio	Volume máximo de 1500 ml/24h (se a punção for em coxa - respeitar o volume máximo permitido de acordo com o local da punção)
Soro glicofisiológico (2/3 SG 5% + 1/3 SF 0,9%) ^{1,3}	Máximo 1500 ml/24h por sítio		Máximo 1500 ml/24h por sítio	Volume máximo de 1500 ml/24h (se a punção for em coxa - respeitar o volume máximo permitido de acordo com o local da punção)
Soro glicosado 5% ^{1,3}	Máximo 1500 ml/24h por sítio		Máximo 1500 ml/24h por sítio	Volume máximo de 1500 ml/24h (se a punção for em coxa - respeitar o volume máximo permitido de acordo com o local da punção)
ELETRÓLITOS	DOSE	DILUIÇÃO		COMENTÁRIOS
NaCl 20% ^{1,3}	10 a 20 ml	SG 5% 1000 ml		Deve ser usado de 10 a 20 ml por litro de solução. Sempre ser diluído. Nunca fazer puro.

Adaptado de:

¹AZEVEDO, D. L. (org.). *O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos* 2.ed. Rio de Janeiro: SBGG, 2017.

²BRUNO, V. G. *Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica*. Einstein, 2015, n.13, v.1., p. 122-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-1679-45082015RW2572.pdf.

³CARONE, G. F. *Estudo observacional do uso da hipodermóclise em pacientes oncológicos*. 2016. *Dissertação (Mestrado em Ciências)*. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Observação quanto ao uso da Clorpromazina por hipodermóclise: a literatura não é consistente em relação à administração da clorpromazina pela via subcutânea, com evidências a favor (FRANK, 1997; FONZO-CHRISTIE et al., 2005;) e contra (PONTALTI et al., 2012; VIDAL et al., 2015). Portanto, sugere-se o uso da clorpromazina pela via subcutânea somente quando não for possível a sua administração pela via endovenosa e/ou na necessidade de sedação paliativa em fase final de vida (vide capítulo “Sedação Paliativa: Conceito, Quando Indicar e Como Fazer”). Para minimizar risco de possíveis efeitos adversos, sugere-se diluir a medicação em 100 ml de SF 0,9%, administrar em 1 hora, observação rigorosa do local de punção quanto à hiperemia, dor, endurecimento e necrose local e avaliar trocar local da punção ou suspender a medicação na ocorrência de evento adverso local (avaliar risco-benefício).

Compatibilidade entre as medicações

Para garantir a segurança e eficácia da administração de medicação pela via subcutânea, é necessário avaliar a compatibilidade entre as medicações a serem administradas (AZEVEDO, 2017). A recomendação é que cada sítio de punção receba no máximo três medicamentos no mesmo horário (VIDAL, 2015; CARONE, 2017), desde que sejam compatíveis entre si. Quando houver medicações incompatíveis, a recomendação é administrá-las em sítios diferentes (ou seja, às vezes será necessário que o paciente tenha mais de uma hipodermóclise puncionada). Na impossibilidade de mais de um sítio de punção, administrar as medicações incompatíveis num intervalo de 2 a 3 horas entre estas (AZEVEDO, 2017). A tabela 20 traz as informações sobre compatibilidade:

Tabela 20. Compatibilidade entre as medicações usadas por hipodermóclise.

Compatibilidades por HDC	Cefepima	Ceftriaxona	Dexametasona	Dipirona	Furosemida	Haloperidol	Escopolamina	Metadona	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Ondansetrona	Fenobarbital	Ranitidina	Tramadol
Cefepima		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ceftriaxona	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dexametasona	○	○		○	●	×	○	○	●	×	●	●	○	●	●
Dipirona	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Furosemida	○	○	●	○		○	○	○	×	○	○	○	○	○	○
Haloperidol	○	○	×	○	○		●	○	●	●	●	○	○	○	●
Escopolamina	○	○	○	○	○	●		○	○	●	○	○	○	○	●
Metadona	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○
Metoclopramida	○	○	●	○	×	●	○	○		●	●	●	○	●	○
Midazolam	○	○	×	○	○	●	●	○	●		●	●	○	×	○
Morfina	○	○	●	○	○	●	○	○	●	●		●	○	●	○
Ondansetrona	○	○	●	○	○	○	○	○	●	●	●		○	○	○
Fenobarbital	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		×	○
Ranitidina	○	○	●	○	○	○	○	○	●	×	●	○	×		○
Tramadol	○	○	●	○	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	

● Compatível

× Incompatível

○ Não testado

Fonte: CARONE, GF. Estudo observacional do uso da hipodermóclise em pacientes oncológicos. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Profissionais envolvidos

Verificar parecer do COREN da região. De forma geral, a punção é feita por enfermeiro treinado e administração de medicação e cuidados devem ser realizados pela equipe de enfermagem, desde que devidamente treinados e capacitados. Recomenda-se que a instituição valide os profissionais responsáveis pela punção e administração das medicações.

Registro:

Registrar em prontuário local da punção, tamanho e dispositivo utilizado, tentativas de punção, fluxo e refluxo, cobertura utilizada.

Pontos críticos

- Indicação inadequada da técnica.
- Realizar punção de forma inadequada.
- Utilizar medicações/volumes incompatíveis com a via.
- Aprazar mais de três medicações no mesmo horário.
- Administrar medicações incompatíveis entre si no mesmo sítio, no mesmo horário.
- Trocar dispositivo fora do tempo recomendado.
- Inobservância do local de punção quanto a sinais de complicação.

Referências

AZEVEDO, D. L. (org.). O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. 2ª ed. Rio de Janeiro: SBGG, 2017.

BRUNO, V. G. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. Einstein, v. 13, n. 1, p. 122-128, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-1679-45082015RW2572.pdf. Acesso em: 30 mar. 2020.

CARONE, G. F. Estudo observacional do uso da hipodermóclise em pacientes oncológicos. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

FONZO-CHRISTE C. et al. Subcutaneous administration of drugs in the elderly: survey of practice and systematic literature review. Palliative Medicine, v. 19, p. 208-219, 2005. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1191/0269216304pm1006oa>. Acesso em: 7 maio 2020.

FRANK, C. Medical management of intestinal obstruction in terminal care. *Can. Fam. Physician*, v. 43, p. 259-265, 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2255220/pdf/canfamphys00060-0085.pdf>. Acesso em: 8 maio 2020.

PONTALTI, G. et al. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. *Rev. HCPA*, v. 32, n. 2, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/26270/19181>. Acesso em: 8 maio 2020.

VIDAL, F. K. G. et al. Hipodermóclise: Revisão Sistemática da literatura. *Rev. de Atenção à Saúde*, v. 13, nº 45, p. 61-69, 2015. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2953/0. Acesso em: 7 maio 2020.

20. Manejo da Dispneia e Outros Sintomas na Pandemia do COVID-19

Objetivo: Proporcionar recomendações para o manejo de sintomas, em especial da dispneia, em pacientes com COVID-19 que não serão submetidos a medidas invasivas e garantir que estes recebam tratamento voltado para conforto, controle de sintomas e garantia da dignidade.

20.1. Contextualização

Eventos em larga escala com consequências devastadoras para populações e sociedade são considerados crises humanitárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A pandemia por COVID-19 é a maior crise humanitária dos últimos tempos. Situações assim causam sofrimento de diversas esferas na sociedade e no indivíduo. O objetivo principal nessa situação é salvar vidas, mas há outros caminhos para alívio do sofrimento humano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A resposta diante de uma crise humanitária deve incluir cuidados paliativos e controle de sintomas, e estes devem, o máximo possível, ser integrados com tratamentos sustentadores de vida para aqueles que enfrentam condições que ameaçam a sua existência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Neste cenário, cuidado paliativo e salvar vidas não devem ser vistos como tratamentos opostos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O controle de sintomas promove alívio e conforto, seja para uma experiência menos angustiante durante a trajetória da doença até o processo de cura e reabilitação, seja para dar conforto no processo de morte (BOWMAN, et al. 2020).

A COVID-19 causa falência respiratória aguda em um grande número de pessoas como consequência de pneumonia pelo Sars-Cov-2, podendo causar sintomas como dispneia, congestão pulmonar, dor, náusea e *delirium* (ARYA et al., 2020).

Os idosos frágeis e com comorbidades têm maior risco de mortalidade por COVID-19; a exacerbação de doenças preexistentes, a fragilidade e a baixa reserva fisiológica aumentam o risco de óbito (LAWRIE; MURPHY, 2020). Muitos desses indivíduos já teriam indicação de abordagem paliativa antes da infecção por COVID-19. Essa identificação auxilia na definição de proporcionalidade de cuidado (ver capítulo “Avaliação Prognóstica: Considerações e Instrumentos Práticos” e “Considerações Sobre a Proporcionalidade de Medidas Invasivas de Suporte de Vida e Seus Conflitos” para mais informações a respeito).

É importante avaliar o benefício clínico de medidas de suporte avançado de vida e o compartilhamento dessas decisões com o paciente e seus familiares. Conversar sobre o prognóstico, possíveis desfechos, levando em conta desejos, valores e expectativas do paciente, ajuda na definição do objetivo do cuidado. Para auxiliar neste tipo de discussão, verificar capítulo específico de comunicação (“Diretivas antecipadas de vontade e planejamento avançado de cuidados”).

O cenário da pandemia por COVID-19 dificulta a comunicação com pacientes e familiares, pois essa não é feita de forma presencial (veja o capítulo “Particularidades da Comunicação no Contexto de Distanciamento Social por COVID-19” para considerações a respeito). Ainda assim, conversas honestas e transparentes com os pacientes e seus entes precisam ser garantidas (LAWRIE; MURPHY, 2020).

Ao trabalhar dessa maneira, alinhando proporcionalidade de medidas e planejando os cuidados avançados, busca-se garantir o cuidado adequado a todos os pacientes. Dessa forma, almeja-se a recuperação dos pacientes que têm esse potencial e garante-se um fim de vida digno aos que infelizmente evoluem de maneira desfavorável (LAWRIE; MURPHY, 2020).

Estudo de Lovell et al. de 2020 identificou a prevalência de sintomas de 101 pacientes internados com COVID-19 encaminhados para equipe de cuidados paliativos de dois hospitais londrinos. Os sintomas mais prevalentes foram dispneia (66%), agitação (43%), confusão (36%) e dor (23%). Outros sintomas respiratórios como secreção e tosse foram descritos em 11% e 4% dos pacientes, respectivamente.

As medidas descritas são indicadas para o manejo de sintomas em pacientes com COVID-19 com planejamento de cuidados estabelecido em priorizar medidas de conforto em detrimento de medidas invasivas e artificiais de suporte de vida.

20.2. Manejo da Dispneia

Dispneia é a sensação subjetiva de falta de ar. O diagnóstico é feito a partir do relato de falta de ar e da presença de sinais e sintomas como: taquipneia ($FR > 24$), uso de musculatura acessória, respiração paradoxal, gemência, confusão.

20.2.1. Recomendações Iniciais

Avaliar e tratar as doenças de base, assim como de causas reversíveis, que possam contribuir com a dispneia (LAWRIE; MURPHY, 2020); por exemplo, prescrição de diuréticos em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.

A associação de antibioticoterapia empírica nos pacientes com COVID-19 deve ser considerada quando há suspeita de pneumonia bacteriana associada (KIM; GANDHI, 2020).

Profilaxia medicamentosa de tromboembolismo venoso é recomendada para todos os pacientes internados por COVID-19 (KIM; GANDHI, 2020). Há estudos que sugerem complicações tromboembólicas nesses pacientes, principalmente entre aqueles que estão graves (KIM; GANDHI, 2020). Pacientes em processo ativo de morte com sobrevida estimada em horas a dias considerar a suspensão da heparina pelo desconforto da picada e não benefício da medicação neste contexto.

Evitar o uso de nebulizador para medicações inalatórias pelo risco de propagar o vírus através de aerossóis (KIM; GANDHI, 2020).

Em pacientes hipoxêmicos, suplementar oxigênio; não há evidência de benefício de suporte de oxigênio em pacientes não hipoxêmicos (KIM; GANDHI, 2020; LAWRIE; MURPHY, 2020).

Ventilação não invasiva pode ser considerada como gerador de aerossóis e, portanto, uma terapia com segurança questionável (KIM; GANDHI, 2020).

20.3. Medidas Não Farmacológicas

- Posicionamento: sentado com o tronco para a frente, apoiando as mãos sobre os joelhos ou numa mesa à sua frente; deitado em decúbito lateral com a cabeceira elevada. Nos pacientes com COVID-19, a posição prona pode melhorar a hipoxemia e a dispneia (LAWRIE; MURPHY, 2020).
- Técnicas de relaxamento (LAWRIE; MURPHY, 2020).
- Reduzir a temperatura do quarto (LAWRIE; MURPHY, 2020).
- Esfriar a face usando uma toalha ou pano frio (LAWRIE; MURPHY, 2020).

20.4. Tratamento Farmacológico com Opioides

Uma vez otimizadas as medidas descritas, se o paciente mantiver desconforto respiratório, os opioides são a medicação de escolha para o tratamento sintomático da dispneia. A droga mais estudada e utilizada para esse fim é a morfina (DUDGEON, 2020).

Ao se prescrever morfina é importante atentar para algumas particularidades da droga, conforme abaixo (também descritas no capítulo “Dor: Como Manejar Opioides e Seus Efeitos Colaterais”):

- O início de ação é rápido. Quando administrada por via EV ou SC o efeito é observado em até 20 minutos, o que pode aliviar o sintoma rapidamente.
- O tempo de ação da droga é de 4 a 6 horas.
 - A posologia é de 4/4 horas, podendo ser prescrita em bomba de infusão contínua.
 - Em caso de intoxicação por opioide, o tempo de reversão desta após a suspensão da medicação não é prolongado, o que traz maior segurança no uso da medicação.
- A morfina tem excreção renal.
 - Atentar para a necessidade de redução de doses e/ou aumento de intervalo de administração em caso de disfunção renal.
- Em pacientes com insuficiência renal e/ou idosos frágeis sugere-se iniciar com doses mais baixas e preferir posologia 6/6horas, nos demais pacientes considerar 4/4horas.
- Antes de administrar uma dose sempre avaliar nível de conforto e se há sinais de intoxicação por opioide (ver a seção específica ao final deste capítulo para mais detalhes).

O protocolo a seguir foi escrito baseado na publicação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2020).

No paciente virgem de opioide em que se decide iniciar uso de morfina para manejo de dispneia, sugere-se:

- 1) Administrar bolus de morfina 1 a 2 mg SC/EV/HDC e reavaliar em 15 a 30 minutos.
- 2) Se paciente confortável considerar deixar a dose inicial administrada de horário com intervalo de 4/4h ou 6/6h.
- 3) Se paciente desconfortável após 30 minutos administrar novo bolus de 2 mg de morfina e reavaliar em meia hora.
- 4) Se paciente confortável considerar prescrever morfina 3 mg EV/SC/HDC 4/4h.
- 5) Se paciente desconfortável repetir bolus de morfina 2 mg e considerar iniciar bomba de infusão contínua de morfina com velocidade inicial de 1 mg/hora.

- Sugestão de diluição para a morfina: diluir 10 mL de morfina (ampola de 10 mg/mL) em SF0,9% 90 mL - solução com volume total de 100 mL na concentração de 1mg/mL.
 - Se o serviço não tiver disponibilidade de bomba de infusão contínua, sugere-se utilizar morfina intermitente 4 mg EV/HDC 4/4h.
- 6) Os ajustes de dose subsequentes de morfina devem ser feitos levando em consideração o quadro clínico. Se paciente confortável do ponto de vista respiratório manter dose em uso. Se paciente desconfortável aumentar a dose de morfina em 20-25% da dose total diária a cada 24h.
- 7) Não há benefício no alívio da dispneia com opioides em doses superiores a 2 mg/hora de morfina EV/HDC. Caso o paciente continue em sofrimento intenso a despeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas otimizadas, considerar associação de sedação paliativa (verificar capítulo “Sedação Paliativa: Conceitos, Quando Indicar e Como Fazer”) e evitar novos aumentos de dose de morfina.
- 8) É importante ressaltar que nem todos os pacientes evoluirão dessa maneira. Alguns poderão falecer com sintomas controlados sem a necessidade de sedação paliativa e uma parte dos doentes poderão se recuperar da COVID-19 após o tratamento de suporte.

Em pacientes usuários prévios de opioide, ajustar a dose prévia utilizada aumentando-a em 20% da dose total diária para alívio da dispneia. Veja a seção de rotação de opioides no capítulo de “Dor: Como Manejar Opioides e Seus Efeitos Colaterais” para mais detalhes sobre como fazer este cálculo.

20.5. Ansiedade Associada com a Dispneia

A dispneia pode estar associada à ansiedade. O isolamento e o medo de morrer tendem a agravar a ansiedade. Quando a comunicação do paciente com seus familiares for possível, deve-se buscar estratégias que permitam que esta ocorra (chamadas de vídeos ou telefonemas, por exemplo). O apoio da equipe multiprofissional também é interessante. Uma avaliação pela psicologia pode auxiliar nesses casos.

Em termos de manejo farmacológico da ansiedade, considerar a prescrição de benzodiazepínicos. Iniciar com baixas doses e titular. Sugere-se o uso do clonazepam, formulação em gotas. Verificar capítulo “Dispneia e Outros Sintomas Respiratórios” para maiores informações.

Atentar para o risco de *delirium* induzido aos benzodiazepínicos (ver capítulo “*Delirium*: Como Diagnosticar e Tratar”) e de rebaixamento de nível de consciência quando associado a opioides.

A reconciliação medicamentosa é fundamental. A suspensão de medicações de uso contínuo prévio como inibidores seletivos da recaptção de serotonina pode agravar o quadro de ansiedade. Além disso, alguns paciente, são usuários prévios de benzodiazepínicos e o não uso desses na internação pode desencadear ansiedade ou abstinência com piora dos sintomas.

20.6. Outros sintomas

Delirium:

Para pacientes com agitação ou confusão, a droga de escolha é o haloperidol. Ver capítulo “*Delirium: Como Diagnosticar e Tratar*”.

Tosse:

Se o paciente não estiver em uso de opioides e a tosse estiver gerando desconforto, considerar codeína 15 mg a 30 mg, VO, de 6/6h.

Secreção pulmonar:

Utilizar anticolinérgicos como a escopolamina 10 mg a 20 mg de 6/6h. A inalação com ipratrópio 20 a 40 gotas também auxilia no manejo do sintoma, mas deve se atentar ao risco de produção de aerossóis.

Dor:

Ver capítulos relacionados a dor “*Dor: Princípios Gerais, Avaliação e Analgésicos Não Opioides*” e “*Dor: Como Manejar Opioides e Seus Efeitos Colaterais*”.

Considerações sobre intoxicação por opioides (para maiores informações, acessar o tópico de intoxicação por opioide no capítulo “*Dor: Como Manejar Opioides e seus Efeitos Colaterais*”):

- Antes de realizar a dose da morfina, checar frequência respiratória e nível de consciência. É esperado que quando um paciente inicie uso de opioide ele fique mais sonolento, porém é facilmente despertável. Caso ele apresentar bradipneia (FR menor ou igual a 10) ou dificuldade para despertar (demora mais de 10 segundos para despertar), não administrar a próxima dose de opioide (ARANTES; MACIEL, 2008) e deve-se proceder com avaliação médica para verificar possibilidade de intoxicação por opioide.
- A intoxicação por opioide é caracterizada por bradipneia, rebaixamento do nível de consciência e miose bilateral. Se este for o quadro, as próximas doses de opioides devem ser suspensas até a reversão do quadro. Neste ínterim, suplementação com O₂ (ARANTES; MACIEL, 2008) e hidratação podem ser considerados.
- O naloxone é um antagonista de opioide usado para reverter depressão respiratória. Entretanto, seu uso não é isento de risco pois pode induzir descompensação cardíaca e edema pulmonar. Sugere-se iniciar com doses de 0,04 mg (ARANTES; MACIEL, 2008) e o objetivo é restabelecer frequência respiratória acima de 10 incursões por minuto.
- No contexto de fase final de vida, respiração agônica pode indicar fase ativa de morte e não intoxicação por opioide.

ATENÇÃO: as medicações, doses e fluxos sugeridos neste documento servem apenas como parâmetros iniciais para apoiar a atuação clínica no manejo de pacientes em cuidados paliativos. A equipe responsável pelo caso deve realizar ajustes nessas de acordo com especificidades do paciente e características de trabalho da instituição.

Referências

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Controle de sintomas em Cuidados Paliativos COVID-19: Dispnea fora do CTI. Disponível em: https://www.dropbox.com/s/xbfr7owlyqt51s2/FINAL_ANCP_Ebook_Controlde%20de%20Sintomas%20-%20dispnea.pdf?dl=0. Acesso em: 15 maio 2020.

ARANTES, A.C.L.Q.; MACIEL, M.G.S. Avaliação e Tratamento da Dor. In: Oliveira, RA (org.). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 370-391.

ARYA, A. et al. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. Canadian Medical Association Journal, v. 192, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/192/15/E400>. Acesso em: 11 maio 2020.

BOWMAN, B.A. et al. Crisis Symptom Management and Patient Communication Protocols Are Important Tools for All Clinicians Responding to COVID-19. Journal of Pain and Symptom Management. Publicado eletronicamente antes da versão impressa em: 7 abr. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7141479/>. Acesso em: 11 maio 2020.

DUDGEON, D. Assessment and management of dyspnea in palliative care. BRUERA, E.; GIVENS, J. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-dyspnea-in-palliative-care>. Acesso em 25 mar. 2020.

LAWRIE, I., MURPHY, F. COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care: role of the specialty and guidance to aid care. Northern Care Alliance NHS Group and the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland, 2020. Disponível em: <https://apmonline.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-and-Palliative-End-of-Life-and-Bereavement-Care-22-March-2020.pdf>. Acesso em: 13 maio 2020.

LOVELL, N. et al. Characteristics, symptom management and outcomes of 101 patients with COVID-19 referred for hospital palliative care. Journal of Pain and Symptom Management. Publicado eletronicamente antes da versão impressa em: 20 abr. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7169932/>. Acesso em: 11 maio 2020.

KIM, A.Y.; GANDHI, R.T. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Management in hospitalized adults. HIRSCH, M.S.; BLOOM, A. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-COVID-19-management-in-hospitalized-adults>. Acesso em: 13 maio 2020.

PINTO, T.C. Sintomas Respiratórios. In: Martins, MA (edit.). In: MARTINS, M.A. (ed.). Manual do Residente de Clínica Médica. Barueri: Manole, 2015, p. 811-816.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-the-response-to-humanitarian-emergencies-and-crises>. Acesso em: 12 maio 2020.



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS

hsl.org.br

hospitais.proadi-sus.org.br



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS



PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL