



CUIDADOS PALIATIVOS

Profª Drª Harley Francisco de Oliveira
Docente da Divisão de Oncologia Clínica
Depto de Clínica Médica – FMRP-USP

Cuidados Paliativos



*“Cuidado Paliativo é a abordagem que promove **qualidade de vida** de **pacientes e seus familiares** diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através **da prevenção e alívio do sofrimento**, o que requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros **problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.**”*

OMS 2002

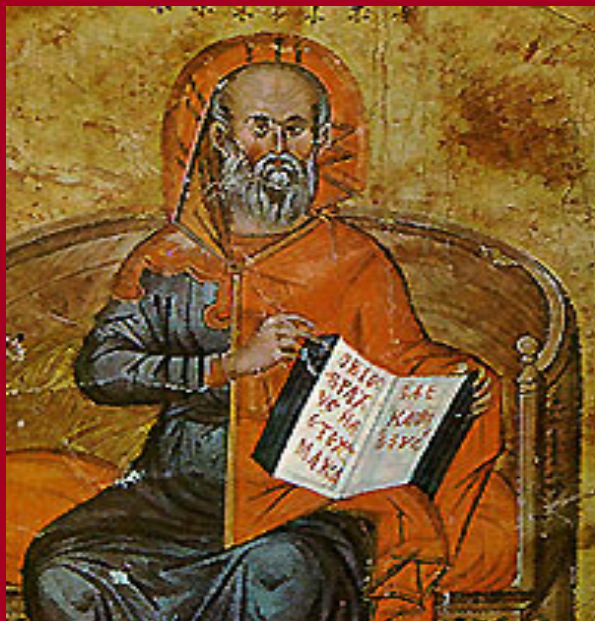
European Association for Palliative Care. *Newsletter* 1989

Medicina x Cuidados Paliativos



Artigo 41 Código de Ética Médica: 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.

Medicina x Cuidados Paliativos

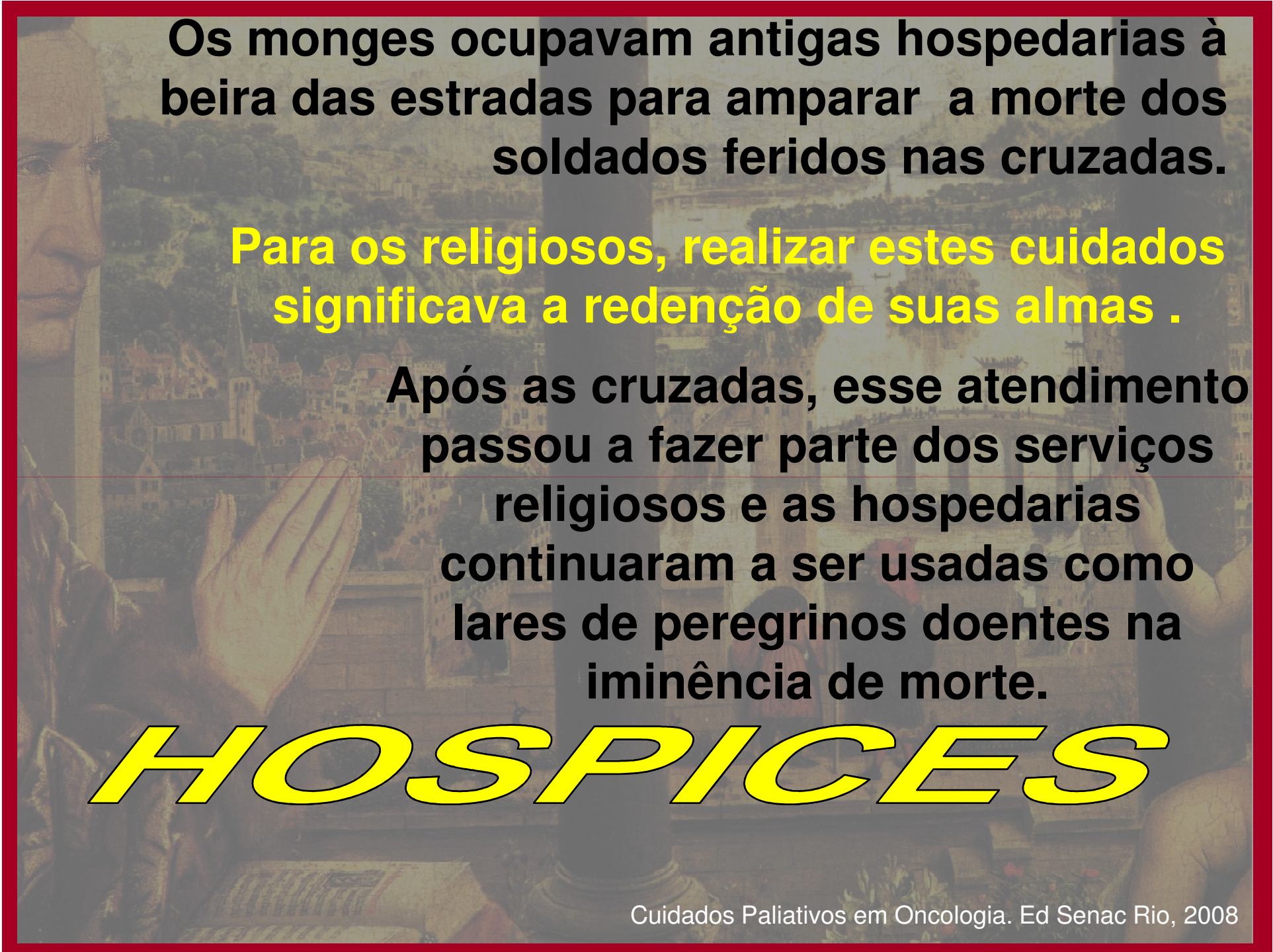


- **Origens da Medicina Paliativa**
- **Conduas sintomáticas**
- **Doença e Dor como desequilíbrios humorais**

Médico tinha duas obrigações fundamentais:

- **Ajudar a aliviar os sintomas dos doentes**
- **Ajudá-los a morrer**

JAMAIS ASSUMIA O CARÁTER DE LUTA CONTRA A NATUREZA



Os monges ocupavam antigas hospedarias à beira das estradas para amparar a morte dos soldados feridos nas cruzadas.

Para os religiosos, realizar estes cuidados significava a redenção de suas almas .

Após as cruzadas, esse atendimento passou a fazer parte dos serviços religiosos e as hospedarias continuaram a ser usadas como lares de peregrinos doentes na iminência de morte.

HOSPICES

The image shows the interior of a hospital chapel. It features a central altar with a statue of a reclining figure, likely Christ, under a dome. The architecture is characterized by large stone arches and columns. The lighting is warm and focused on the altar area. The text is overlaid on the upper part of the image.

**Os hospitais eram
construídos em forma
de cruz.**

**As enfermarias
convergiavam para
um altar central**

**Para lembrar a todos o
aspecto Divino da vida
e da morte**

Medicina x Cuidados Paliativos



Século XVI - Século XVIII

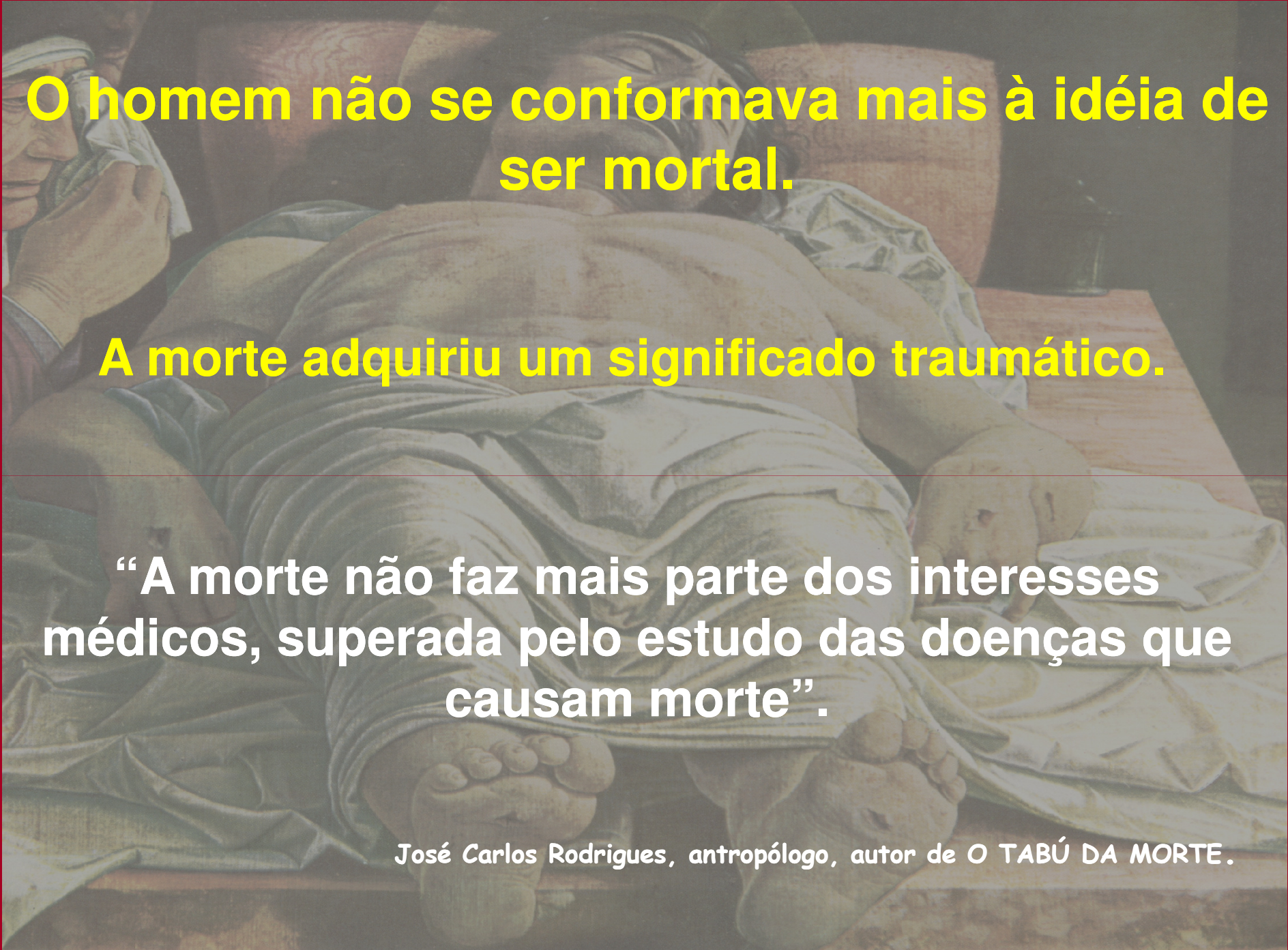
Progressos na anatomia,
fisiologia, cirurgia e nos
hospitais.

Desta época histórica que
se encerrava, o mundo só
sentiria falta dos cuidados
**médicos que até então
eram centrados no
doente e não na
doença.**



**A sociedade Teocêntrica
agora tem o homem no
centro de tudo
“Antropocêntrica”.**

**A Medicina promove uma
idolatria à vida e o
confronto ético entre a
sacralidade e o vislumbre
da imortalidade.**

A classical painting depicting a man lying on a wooden slab, possibly a tomb. He is covered with a white cloth, and his feet are visible at the bottom. A woman is shown in the upper left corner, mourning over him. The scene is set in a dimly lit room with a wooden floor and a small object on a table to the right.

O homem não se conformava mais à idéia de ser mortal.

A morte adquiriu um significado traumático.

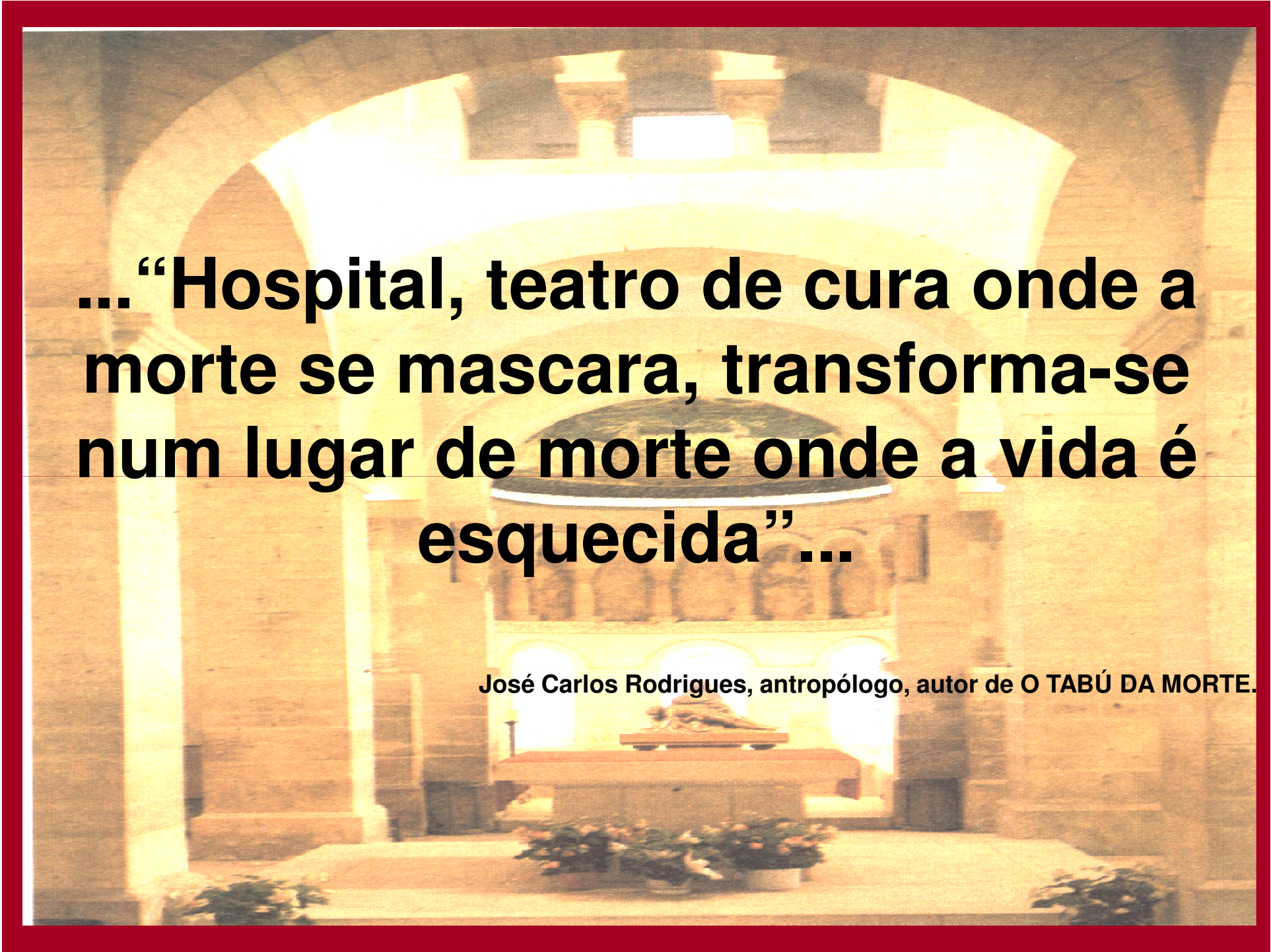
“A morte não faz mais parte dos interesses médicos, superada pelo estudo das doenças que causam morte”.

José Carlos Rodrigues, antropólogo, autor de O TABÚ DA MORTE.



Elixir da longa vida.



A photograph of a church interior, viewed through a series of arches. In the center, there is a large altar with a statue on top. The lighting is warm and yellow. The text is overlaid on the image.

...“Hospital, teatro de cura onde a morte se mascara, transforma-se num lugar de morte onde a vida é esquecida”...

José Carlos Rodrigues, antropólogo, autor de O TABÚ DA MORTE.

Dificuldades em lidar com a morte

“... houve um tempo em que nosso poder perante a morte era muito pequeno, e de fato ela se apresentava elegantemente. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se **a ouvir a sua voz** e podiam tornar-se **sábios na arte de viver**. Hoje, nosso poder aumentou, a **morte foi definida como a inimiga a ser derrotada**, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque.

.”....Quem não pensa e não reflete sobre a morte, acaba por esquecer da vida. Morre antes, sem perceber....”

Cura da doença x Cura da morte

Prefácio: A morte como conselheira. In: Cassorla RMS, coordenador. Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papirus 1991:11-5.

Medicina x Cuidados Paliativos



FUNDAMENTAL:

Resgatar na área da saúde os valores humanísticos e o desenvolvimento de práticas que agreguem competência técnica ao OLHAR HUMANO E INTEGRAL do médico para com seu paciente.

Cuidados Paliativos – CREMESP – Parte 5 –
Bioética – pag 573-594.

Qual o momento de iniciar os cuidados paliativos?



1, 1993

COMUNICAÇÃO CLARA ESCUTA ATIVA

PACIENTE

FAMILIAR

**EQUIPE
DE SAÚDE**

MÉDICO



Paciente Terminal

Existe um determinado momento na evolução de uma doença que, mesmo que se disponha de todos os recursos, **o paciente não é mais salvável**, ou seja, está em **processo de morte inevitável**.

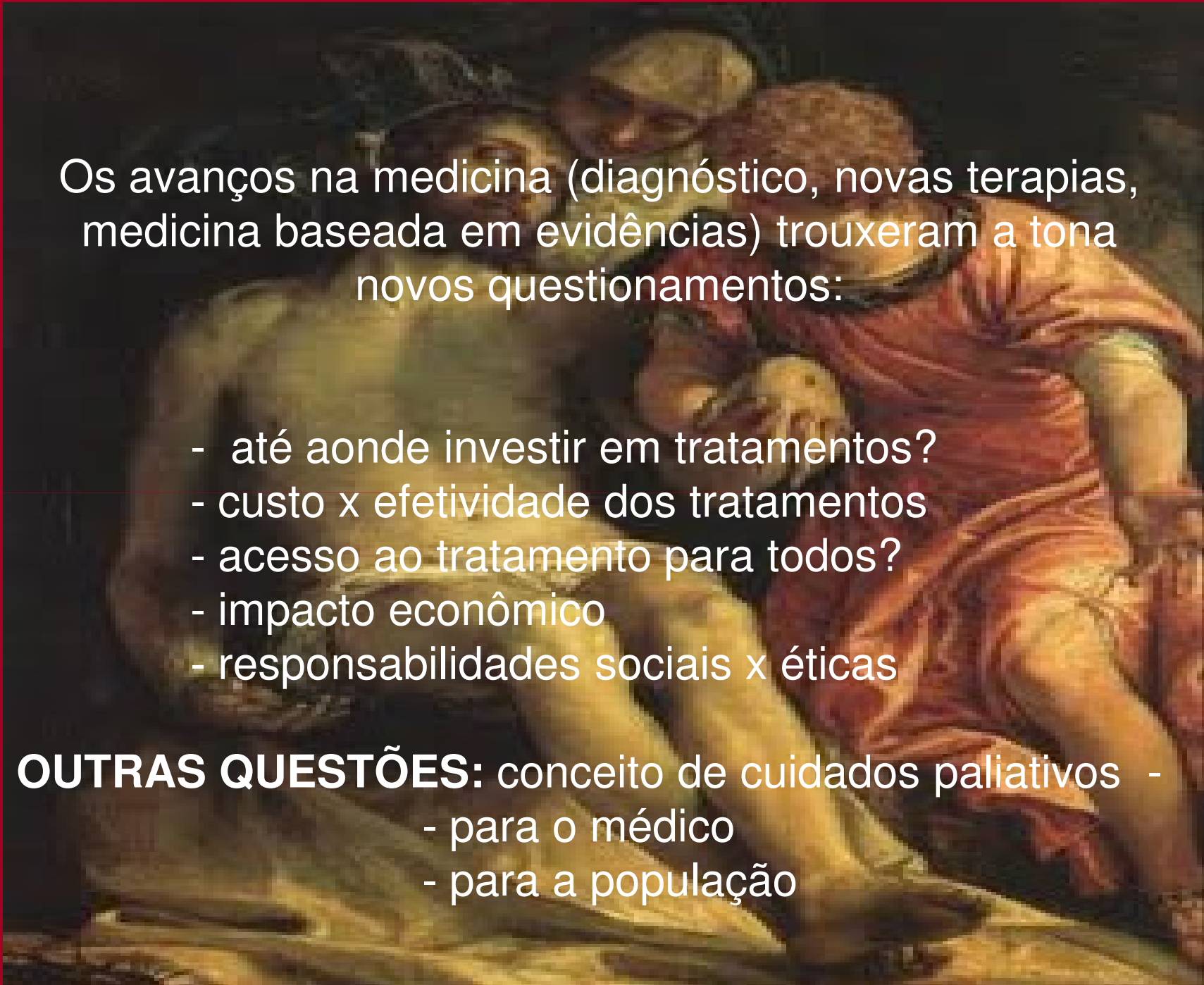
Refere-se àquele momento em que as **medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida**, mas **apenas prolongam o processo lento de morrer**.

EVITAR TRATAMENTOS CONSIDERADOS FÚTEIS!

Tratamento Fútil?

Uma ação fútil é aquela através da qual não se pode atingir os objetivos por mais que se repita o processo.

Futilidade Fisiológica x Futilidade Normativa



Os avanços na medicina (diagnóstico, novas terapias, medicina baseada em evidências) trouxeram a tona novos questionamentos:

- até aonde investir em tratamentos?
- custo x efetividade dos tratamentos
- acesso ao tratamento para todos?
- impacto econômico
- responsabilidades sociais x éticas

OUTRAS QUESTÕES: conceito de cuidados paliativos -

- para o médico
- para a população

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Boca Seca — causa halitose, reduz o paladar e o apetite, predispõe a infecções e aumenta a irritabilidade do paciente.

- **CUIDADOS:** aumentar ingesta hídrica; manter a boca sempre úmida; higiene bucal com escovação dos dentes e língua e evitar o jejum prolongado. **IMPORTANTE O CONTROLE DA DOR.**
- *gluconato de clorhexidine 0,1%*
- *solução de água bicarbonatada 1%*
- *solução de nistatina 100.000/ml ou fluconazol 150 mg via oral em dose única; se estomatite aftóide usar corticóide tópico.*
- A boca seca após RT melhora com o uso de pilocarpina 5mg sublingual 3 x ao dia antes das refeições.

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Náuseas – Vômitos

Aconselhamento nutricional

Medicação: 1º metoclopramida 10 a 20 mg 3 a 4 X dia IV ou SC –
acelerar o esvaziamento gástrico

2º haldol 0,5 a 2 mg 4 X dia IM ou 5 a 15 mg/dia SC – casos
com uremia e hipercalemia

3º prometazina 25 mg 2 a 3 X dia – ação central e de
receptores colinérgicos periféricos

4º dexametasona 4 mg / dia. Caso com hipertensão
intracraniana - 16 a 36 mg /dia

5º ondansetron 8 mg IV ou VO 2 a 3 X dia – principalmente
após radioterapia

OBS:

- Plenitude pós prandial: bromoprida 20 a 60 mg / dia
- Rever: necessidade de CNG (se + de 2 episódios de vômitos a cada 6 h)

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVADAS

Depressão

- Sintoma muito comum e pode mimetizar outras doenças e

Dos critérios de avaliação de depressão, os somáticos (anorexia, perda de peso, fadiga, insônia, constipação e perda da libido) são menos importantes no câncer avançado, quando priorizamos os sintomas psicológicos:

- Sensação de perda;
- Sentimento de culpa;
- Diminuição do prazer;
- Pensamento suicida.

do depressão se relaciona, das do cortisol, bloqueadores H2, benzodiazepínico, neurolépticos, levodopa; desordens endócrinas; doenças neurológicas como Parkinson; deficiência nutricional (folato, B12).

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Depressão: dever ser tratada mesmo em fase avançada da doença se houver perspectiva de melhora da qualidade de vida do paciente.

- Abordagem médica e psicológica ao paciente e família.
- Medicação: * tricíclicos (podem causar boca seca, constipação intestinal, retenção urinária, hipotensão postural, sedação, taquicardia, dentre outros)

amitriptilina 75 a 150 mg / dia em 3 tomadas – como tem efeito sedativo , a maior fração da dosagem deve ser feita à noite

imipramina 25 a 150 mg / dia em 3 tomadas – bons resultados na incontinência urinária

* inibidores da recaptação de serotonina (menos efeitos colaterais)

sertralina 25 a 200 mg / dia

citalopram 20 a 60 mg / dia

As drogas antidepressivas tem efeito iniciado a partir da 2ª semana de uso e os efeitos colaterais precedem os terapêuticos

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Ansiedade: acompanha freqüentemente a depressão; pode estar associada ao uso de corticóides. Recomenda-se o tratamento psicoterápico e benzodiazepínicos com *lorazepam* (0,25 a 0,5 mg 8/8 horas).

Fadiga: sensação de cansaço extremo devido a combinação de sintomas físicos e mentais; praticamente universal nos estádios finais da doença.

- Fatores desencadeantes: pós quimio e radioterapia, uso de corticóides, distúrbios metabólicos, sangramento, sedação, sepse, depressão, deficiência nutricional, medicamentos.

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Fadiga:

- Sintoma mais comum em pacientes com câncer avançado MAS com as soluções menos satisfatórias.

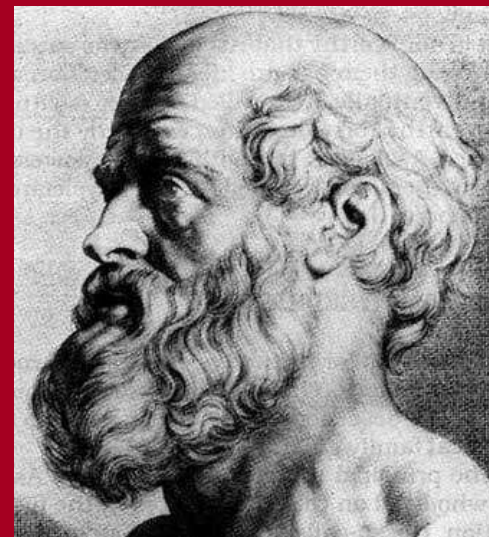
Estimular atividades físicas, corrigir doenças associadas e associar *dexametasona* (4 a 8 mg pela manhã) ou *anfetaminas* (5mg pela manhã) – apesar dos efeitos colaterais indesejáveis.

Principais estudos com METILFENIDATO (resultados heterogêneos e efeitos colaterais)

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Síndrome da Anorexia-Caquexia

Hipócrates já falava em “caquexia”
há mais de 2400 anos.....

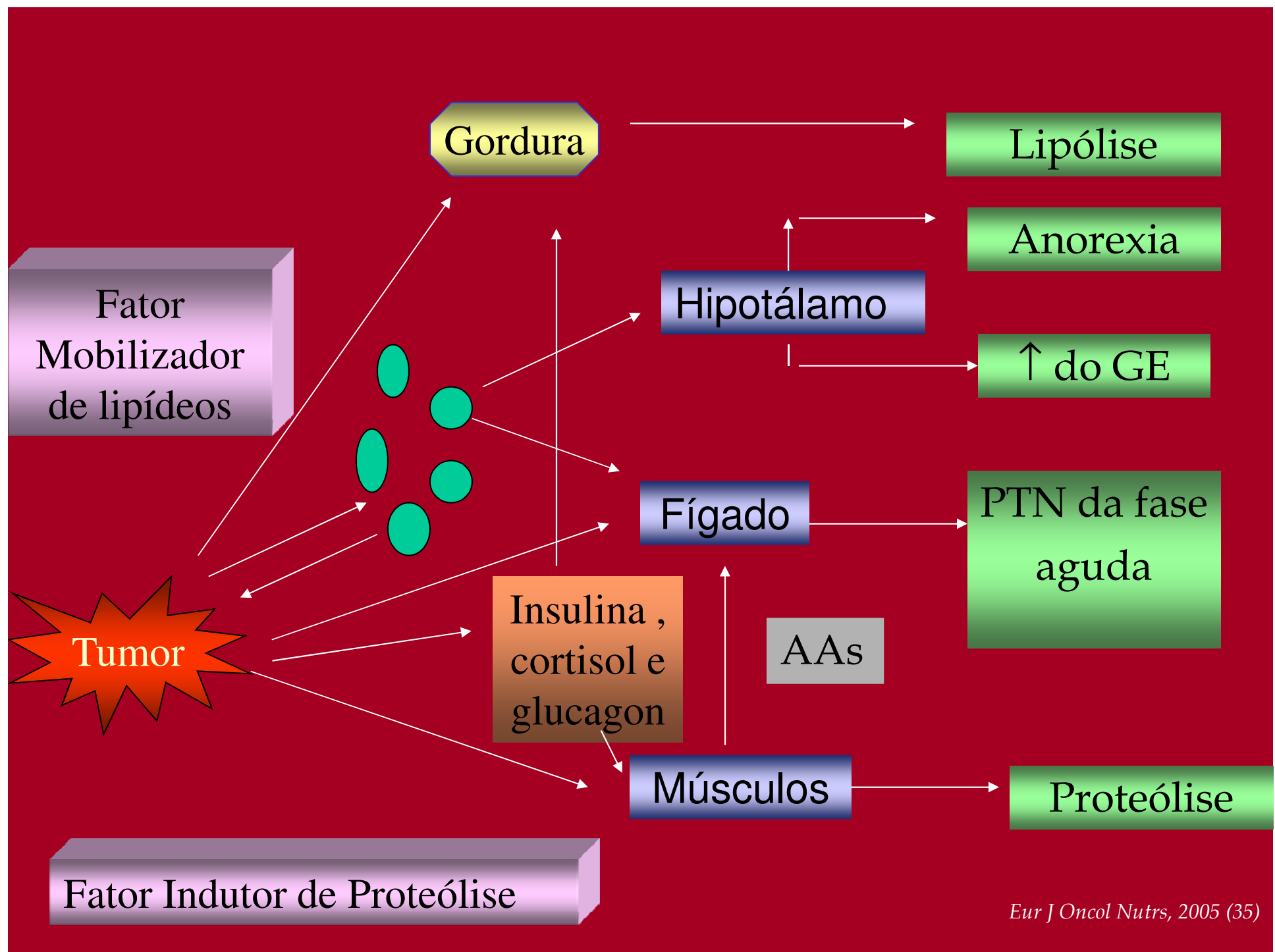


“ A carne é consumida e transforma-se em água... O abdome se enche de água, os pés e as pernas incham; os ombros, clavículas, peito e coxas definham.. Essa doença é fatal”.

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Síndrome da Anorexia-Caquexia

estômago	65-85%
pâncreas	80-83%
esôfago	60-80%
cabeça e pescoço	65-75%
pulmão	45-60%
Colo e reto	45-60%
Neoplasias urológicas	10%
ginecologia	15%



SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Síndrome da Anorexia-Caquexia

- 80 % dos pacientes no momento do óbito;
- 70% na fase avançada e 40% ao diagnóstico.
- provoca intensa angústia no paciente e familiares
- possíveis fatores mecânicos, o tumor produz fatores indutores de anorexia e perda de peso (multifatorial).

Suplementos e Orexígenos: não revertem o processo,

- aumentam a ingesta
- melhoram a qualidade de vida

■ CONDUTA: ingestão de alimentos do seu agrado em pequenas quantidades e intervalos regulares; incentivar as refeições junto à família.

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Síndrome da Anorexia-Caquexia

PROGESTERONAS

- Acetato de Megestrol: estimula o apetite levando ao ganho de peso; dose habitual 40 mg 6/6h e estudos mostram benefício com doses maiores (+ efeitos colaterais).
- Acetado de Medroxiprogesterona: apesar de melhora do apetite e do balanço nitrogenado positivo, NÃO demonstra ganho de peso. Dose 500 a 4000mg /dia.
- Efeitos Colaterais: edema, fogachos, sangramento vaginal, impotência e TVP.

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Síndrome da Anorexia-Caquexia

ESTERÓIDES ANABOLIZANTES

- benefícios se associado a ingesta adequada e prática de exercícios, limitando seu uso no câncer.

INIBIDORES DE CITOQUINAS

- Talidomida: contra-indicado em pacientes em idade fértil e portadores de neuropatias periféricas.
- Efeitos colaterais; constipação, sedação, neutropenia, neuropatia, rash cutâneo. Estudos com 300mg/dia em pacientes com AIDS foi positivo.

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Síndrome da Anorexia-Caquexia

NUTRIÇÃO PARENTERAL: indicado em pacientes que precisam de melhora nutricional para:

- cirurgia curativa,
- obstruídos mas tumor potencialmente curável
- pacientes que iniciarão tratamento com grandes chances de cura.

Os trabalhos disponíveis mostram que fora destas indicações, há apenas **efeitos deletérios, com o aumento das infecções e redução da sobrevida.**

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

■ TRATAMENTO:

Na dispnéia do câncer avançado é preconizado o uso de nebulização com morfina.

Usar morfina 2,5mg associado a dexametasona 2 mg (a dose da morfina pode ser aumentada até 50 mg) diluído em 2,5 ml de SF 0,9% para evitar o causado pela ABD.

Associar fenoterol se houver ausculta com broncoespasmo não aliviado pelo corticóide.

Quando sem resposta à morfina tentar nebulização com furosemida 20 mg.

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Sedação

Sedação não é o objetivo principal da terapia dos pacientes em fase terminal, mas devido ao stresse e exaustão causados por sintomas refratários a todas e quaisquer outras medidas de controle, pacientes e seus cuidadores aceitam este recurso na intenção de alcançar algum conforto.

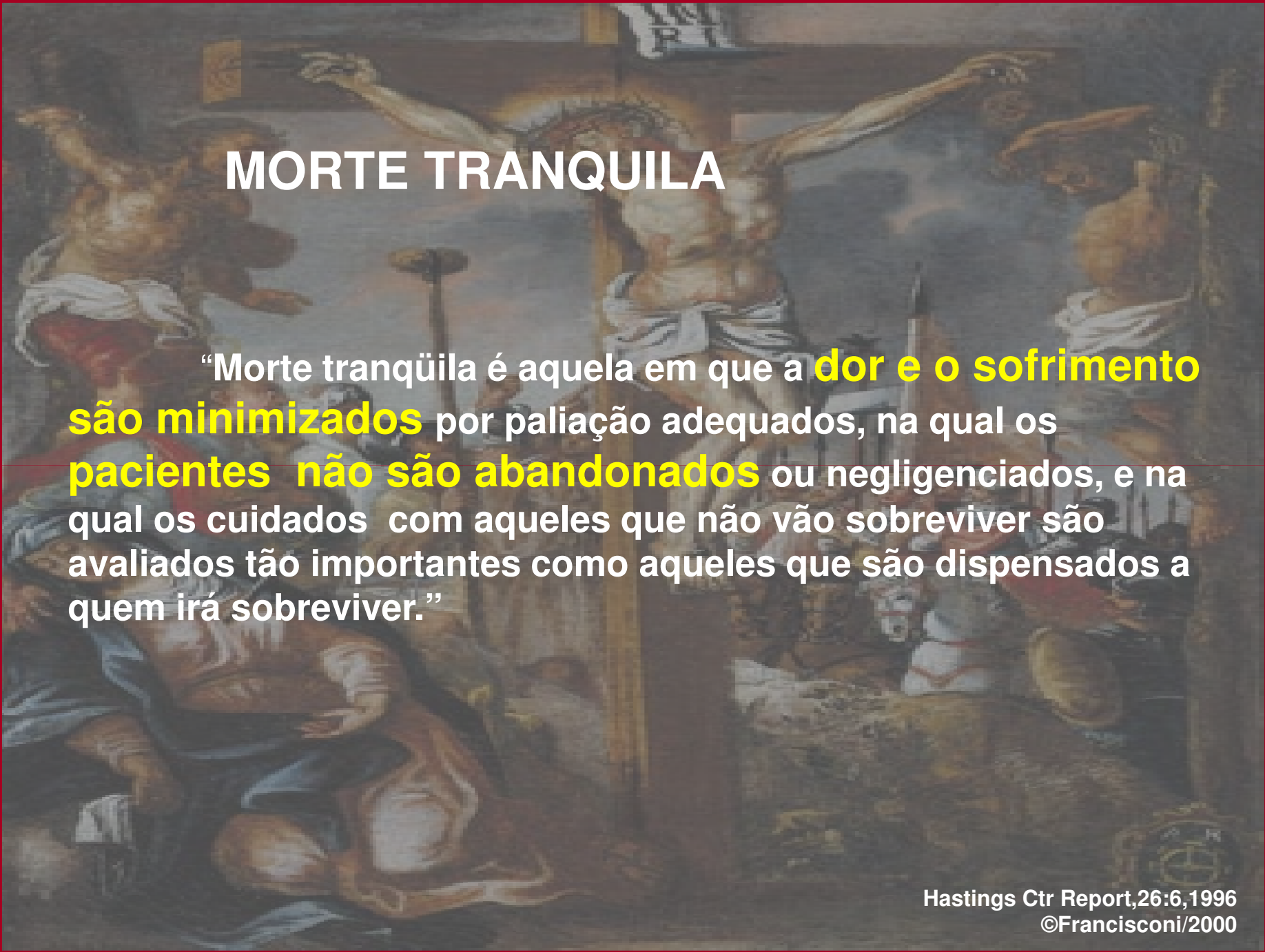
- Medicamentos: midazolan, haloperidol, clorpromazina, barbituricos, propofol

SITUAÇÕES CLÍNICAS IMPORTANTES QUE DEVEM SER ALIVIDAS

Sedação

Os principais sintomas refratários que incidem especialmente nos últimos dias de vida do paciente em Cuidados Paliativos Oncológicos são delírio-15,2%, insuficiência respiratória-6,5%, náusea e vômitos- 2,3%, dor e *stress* em 1,8% dos casos

Não há evidência científica de que a sedação em pacientes em morte iminente encurte a vida, quando praticada por médicos experientes e conscientes.



MORTE TRANQUILA

“Morte tranqüila é aquela em que a **dor e o sofrimento são minimizados** por palição adequados, na qual os **pacientes não são abandonados** ou negligenciados, e na qual os cuidados com aqueles que não vão sobreviver são avaliados tão importantes como aqueles que são dispensados a quem irá sobreviver.”

