



CUIDADOS PALIATIVOS:

O QUE SABER, COMO FAZER

**DANIEL
MARCOLIN**

2ª edição

Sumário (clique no item e vá direto ao tópico)

<i>CUIDADOS PALIATIVOS – A DIGNIDADE NA FINITUDE</i>	6
FUNDAMENTOS, HISTÓRICO E SÍMBOLOS	6
O IMPACTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES E FAMILIARES	14
EPIDEMIOLOGIA DOS CP	20
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	21
O PACIENTE QUE NECESSITA CP	30
AS FASES DE KÜBLER-ROSS	34
O MÉDICO E A RELAÇÃO COM A FINITUDE E A MORTE DO PACIENTE	40
COMUNICAÇÃO HUMANIZADA E ÉTICA	48
A FAMÍLIA	57
A EQUIPE	64
LOCAL DE MORTE	72
DESOSPITALIZAÇÃO NO CONTEXTO DOS CP	80
TELEMEDICINA	86
<i>CP NA PRÁTICA: AVALIAÇÃO E MANEJO</i>	90
AVALIAÇÃO CLÍNICA EM CP: escalas e a "pergunta surpresa"	90
DOR	101
CONCEITOS:	101
ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES	104
OPIÓIDES	109
FÁRMACOS ADJUVANTES	131
TERAPÊUTICA INTERVENCIONISTA	136
TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	141

FADIGA.....	144
FEBRE:.....	150
DISPNEIA:.....	155
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL.....	163
DIARREIA	169
NÁUSEAS E VÔMITOS.....	174
PRURIDO.....	182
DELIRIUM.....	188
INSÔNIA.....	192
SOLUÇO.....	196
HIPERSECREÇÃO RESPIRATÓRIA (SOROROCA)	198
XEROSTOMIA.....	203
SÍNDROME DA IMOBILIDADE.....	210
HEMORRAGIAS.....	215
OBSTRUÇÃO INTESTINAL MALIGNA (OIM).....	217
ANEMIA	222
HIPERCALCEMIA MALIGNA	229
ANOREXIA.....	230
DEPRESSÃO.....	236
TÓPICOS ESPECIAIS EM CP.....	243
SEDAÇÃO PALIATIVA.....	243
EXTUBAÇÃO PALIATIVA	251
NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	257
HIPODERMÓCLISE	262
CUIDADOS COM A PELE	272
SINAIS E SINTOMAS NOS ÚLTIMOS DIAS DE VIDA	279

DECLARAÇÃO DE ÓBITO: PREENCHIMENTO E TRÂMITES LEGAIS	290
IMUNIZAÇÃO	295
DESPRESCRIÇÃO EM CP	299
<i>CP NAS ESPECIALIDADES</i>	<i>309</i>
NEUROLOGIA	309
ONCOLOGIA	325
GERIATRIA	333
PEDIATRIA	353
NEFROLOGIA	360
CARDIOLOGIA	367
PNEUMOLOGIA	373
GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA	377
HEMATOLOGIA	383
INFECTOLOGIA	386
<i>CINEMA, LITERATURA E ARTES EM CP:.....</i>	<i>392</i>
<i>SUGESTÕES DE LEITURA:.....</i>	<i>399</i>
<i>MENSAGEM FINAL:.....</i>	<i>409</i>

Daniel Marcolin é médico e professor universitário e de pós graduação, formado em 2002 pela Universidade de Passo Fundo – RS, atuou um ano como médico de Medicina da Família no município de Barão de Cotegipe, RS, após fez Residência Médica em Medicina Interna no Hospital São Vicente de Paulo-UPF-Passo Fundo, Residência Médica em Geriatria no Hospital São Lucas da PUCRS-Porto Alegre, Mestrado em Envelhecimento Humano com dissertação na

temática de Cuidados Paliativos – UPF. É professor das disciplinas de Relação Médico Paciente, Geriatria e Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da UPF-RS e Preceptor do Programa de Residência Médica em Geriatria pela Universidade da Fronteira Sul-HSVP, Passo Fundo. Autor do livro: Cuidados com o Portador de Alzheimer: Estratégias para resolver as dificuldades do cotidiano e Organizador do livro: Relação Médico Paciente: Onde a cura começa.

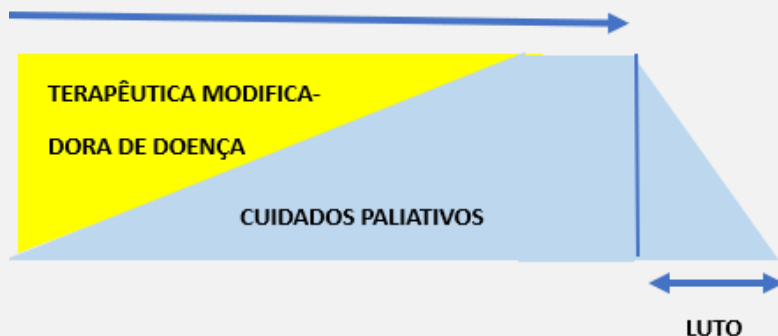


CUIDADOS PALIATIVOS – A DIGNIDADE NA FINITUDE

FUNDAMENTOS, HISTÓRICO E SÍMBOLOS

A palavra "paliativo" deriva do latim "pallium", que significa "manto" ou "proteção". Este termo simboliza a ideia de cobrir, proteger e aliviar o sofrimento, oferecendo conforto mesmo quando a cura não é mais possível. Os Cuidados Paliativos (CP) 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 espirituais, segundo a OMS (2002). Não se trata de uma prática exclusiva para os momentos finais da vida, mas de uma filosofia assistencial que pode e deve ser instituída precocemente, concomitantemente ao tratamento modificador da doença, sempre que houver sofrimento relevante.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA



Infelizmente ainda se ouve muito entre os corredores dos hospitais médicos dizendo a seus pacientes e familiares destes: *“Não há mais nada que possa ser feito.”*, uma frase não apenas desumanizada, mas que singulariza o cuidado apenas na cura da doença, e não nas dimensões muito mais amplas do cuidado ao paciente e na supressão de suas necessidades físicas, psicossociais e espirituais. Essa terrível frase estimula o abandono, o desamparo e quebra a relação médico-paciente/família, num momento em que teria que ser o contrário: empatia, compaixão, compromisso e ações que englobem muito além da cura.

Muito isto se deve a formação do profissional que vê a morte como um fracasso, por não ter tido educação suficiente que ampliasse o olhar além do objetivo da cura.

Para minimizar isto e integrar o cuidado de forma muito mais ampla e humanizada, é que existem os Cuidados Paliativos.

Entre os principais objetivos dos CP, destacam-se o controle efetivo dos sintomas físicos (como dor, dispneia, fadiga,

náuseas, constipação, anorexia e insônia), o suporte psicossocial (abordando ansiedade, depressão, medo, luto antecipatório), o acolhimento das necessidades espirituais e o suporte ao processo de tomada de decisões junto ao paciente e à sua família. Essa abordagem visa a promover autonomia, dignidade e conforto em todas as fases da doença, inclusive no processo de morrer, com um plano terapêutico individualizado, que respeita a história, os valores e os desejos do paciente, sendo fundamental a comunicação clara, empática e contínua entre todos os envolvidos. A comunicação é, aliás, uma das competências-chave nos CP, sendo essencial para alinhamento de expectativas, construção de vínculo e tomada de decisões centradas no paciente.

É importante destacar que os CP não têm como objetivo acelerar ou adiar a morte, mas sim proporcionar qualidade de vida até o fim da vida. Eles devem ser oferecidos não apenas a pacientes com câncer, mas também àqueles com doenças crônicas progressivas e incuráveis, como insuficiência cardíaca avançada, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença renal crônica em estágio terminal, demências e doenças neurodegenerativas. A necessidade de cuidados paliativos deve ser identificada com base no sofrimento total do paciente e não exclusivamente no diagnóstico.

A inserção precoce dos cuidados paliativos está associada a melhores desfechos clínicos, incluindo menor sofrimento, maior satisfação dos pacientes e familiares, menor utilização de intervenções fúteis e redução de internações hospitalares desnecessárias. Além disso, estudos demonstram que pacientes acompanhados por equipes de CP desde fases iniciais da doença

experimentam melhor controle sintomático, menor incidência de depressão e, em alguns casos, até maior sobrevida.

História dos CP: Da Compaixão Ancestral à Medicina Contemporânea

O cuidado com os doentes terminais e em sofrimento é tão antigo quanto a própria humanidade. Desde as civilizações antigas, há registros de práticas de assistência a pessoas gravemente enfermas, embora sem a conceituação formal de "CP" como conhecemos hoje.

Nas culturas antigas — egípcia, grega, romana, chinesa, indiana — havia uma forte relação entre espiritualidade, doença e morte. As famílias, os líderes espirituais e os curandeiros locais eram os responsáveis por proporcionar alívio, conforto e dignidade ao moribundo.

Durante a Idade Média, especialmente com o avanço do cristianismo, surgem os primeiros estabelecimentos dedicados ao cuidado de doentes terminais, peregrinos e viajantes: os "hospices" (termo derivado do latim *hospitum* (hospitalidade)). Eram locais de abrigo, cuidado, assistência espiritual e conforto, frequentemente gerenciados por ordens religiosas (monges, freiras) e vinculados a práticas de caridade cristã. Ofereciam acolhimento a peregrinos no caminho de locais sagrados (Santiago de Compostela, Roma, Jerusalém).

Esses espaços não eram hospitais no sentido moderno, mas locais onde se priorizava o alívio do sofrimento, a dignidade e o apoio espiritual, especialmente diante da morte iminente.

Com os avanços da medicina nos séculos XVIII e XIX, surge uma ênfase quase exclusiva na busca pela cura. O desenvolvimento da anestesia, antibióticos, cirurgia moderna e outros avanços tecnológicos levou à medicalização crescente da morte.

Paradoxalmente, os pacientes que não tinham mais possibilidade de cura passaram a ser marginalizados, muitas vezes negligenciados pela medicina curativa. A morte foi progressivamente deslocada do ambiente doméstico para os hospitais, frequentemente em condições de isolamento, sofrimento não tratado e desumanização.

Dame Cicely Saunders: A Mãe dos CP

Nascimento: 1918 – Falecimento: 2005 – Nacionalidade: Britânica.

Formação inicial como assistente social, depois enfermeira, e finalmente médica.

Trabalhando como assistente social no final dos anos 1940, Cicely teve contato com muitos pacientes terminais, incluindo um paciente polonês chamado David Tasma, que impactou profundamente sua vida. Ele era sobrevivente do Gueto de Varsóvia, que emigrou para a Inglaterra após a Segunda Guerra Mundial. Em Londres, passou a trabalhar como garçom. Na década de 1940, foi internado em estágio avançado de um câncer, sozinho, sem família próxima, em um hospital onde Cicely Saunders trabalhava como assistente social. Eles desenvolveram uma relação profunda de escuta, respeito, cuidado e espiritualidade. Tasma verbalizou seu sofrimento

existencial e a solidão diante da morte. A experiência de acompanhar esse paciente impactou Cicely de forma profunda e definitiva.

David Tasma teria dito a Cicely: *"Eu quero ser uma janela para você."*

Essa frase foi interpretada por Cicely como uma metáfora: David seria uma janela pela qual ela passou a enxergar com clareza a necessidade de um novo modelo de cuidado no fim da vida, que fosse mais humano, holístico e livre de sofrimento desnecessário.

Ao morrer, David Tasma deixou para Cicely 500 libras esterlinas (equivalente a cerca de 20 mil libras atuais), com a seguinte frase:

"Eu não tenho nada de valor, mas quero que esse dinheiro ajude a abrir o lugar do qual falamos."

Esse gesto simples e generoso ajudou Cicely a plantar a semente do primeiro hospice moderno.

Motivada por essa e outras experiências, Cicely Saunders voltou à universidade, formou-se médica, estudou dor, cuidados terminais e idealizou uma nova forma de cuidado, integrando medicina, psicologia, espiritualidade e compaixão.

Em 1967, fundou o St. Christopher's Hospice, em Londres, considerado o berço dos CP modernos, que combinava cuidados médicos, abordagem multiprofissional, apoio emocional, espiritual e social para pacientes e seus familiares, além de servir de local de ensino e pesquisa para formação de profissionais na abordagem do fim da vida.

Dor Total

O conceito de dor total é um dos pilares conceituais da medicina paliativa moderna. Foi cunhado pela médica britânica Dame Cicely Saunders, fundadora do movimento hospice, que compreendeu, a partir da observação cuidadosa de seus pacientes, que a dor vivenciada por pessoas com doenças avançadas e incuráveis vai muito além do sofrimento físico. Envolve dimensões psicológicas, sociais, espirituais e existenciais, tornando-se um fenômeno complexo, dinâmico e profundamente individual.

Entender a dor total é essencial para qualquer profissional da saúde que atua com pacientes em CP, pois seu não reconhecimento ou manejo inadequado pode levar a um sofrimento intenso e desnecessário, comprometendo a qualidade de vida, o vínculo terapêutico e a dignidade do processo de morrer.

A dor total é definida como uma experiência de sofrimento multifatorial, onde interagem simultaneamente elementos:

- Físicos: dor somática, visceral, neuropática, efeitos colaterais de medicamentos, sintomas associados.

- Psicológicos: ansiedade, depressão, medo da morte, luto antecipatório, culpa, raiva.

- Sociais: isolamento, perda de papéis sociais, preocupações financeiras, abandono.

- Espirituais/Existenciais: perda de sentido, angústia moral, questionamentos religiosos, sofrimento metafísico.

A dor total é, portanto, mais do que a soma de dores: é a vivência subjetiva do sofrimento humano diante da finitude.

Símbolos dos CP

Borboleta:

Simboliza a transição da vida para a morte, compreendida não como um fim absoluto, mas como parte de um processo natural. Reflete o ideal de morte com dignidade, suave, leve e serena.

Símbolo do infinito (em tons de azul, roxo e lilás)

Evoca a ideia de que o amor, o cuidado, os vínculos e a memória persistem mesmo após a morte. Representa o caráter contínuo do cuidado, mesmo quando não há mais cura: o cuidado não termina com o prognóstico terminal.

Alude à unidade da pessoa: corpo, mente, emoções e espírito — cuidado integral e contínuo.

Simboliza o legado do paciente que permanece, mesmo após o fim da vida biológica.

Flor da Papoula (Poppy):

Usada em diversos países como símbolo dos CP, representa o alívio da dor (associada historicamente ao ópio, derivado da papoula) e a serenidade no fim da vida.

A Chama:

Simboliza a luz, o cuidado, o conforto e a presença diante da escuridão da morte e do sofrimento.

A Janela:

Homenagem a David Tasma, representa a ideia de abrir clareiras no sofrimento, trazer dignidade, luz e humanidade.

As Mãos entrelaçadas:

Frequentemente usadas para representar o cuidado compassivo, a empatia, a solidariedade e a conexão.

O IMPACTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES E FAMILIARES

Os (CP) transcendem a lógica curativa tradicional e visam aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual de pessoas com doenças avançadas e suas famílias. O impacto dessa abordagem vai além de parâmetros médicos, tocando dimensões de significado, dignidade e qualidade de vida.

Os CP são definidos como cuidados que melhoram a **qualidade de vida de pacientes e suas famílias** que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento — incluindo avaliação precoce e tratamento da dor e outros sintomas, além de suporte psicológico e espiritual. Essa definição coloca o bem-estar total do paciente e da família como o objetivo central.

Há Evidência robusta clínica e meta-analítica mostra que a integração de CP melhora a qualidade de vida (QV) e reduz o fardo de sintomas em pacientes com doenças avançadas.

Ensaio clínico randomizado demonstram efeitos clinicamente significativos em instrumentos como FACIT-Pal (Function Assessment of Chronic Illness Therapy – Palliative) e ESAS (Edmonton Symptom Assessment System).

Os benefícios incluem melhora da dor, dispneia e náuseas, redução a fadiga e do desconforto físico, além de maior bem estar emocional e sensação de controle.

Os CP estão associados a **maior satisfação com o cuidado recebido** e maior adesão ao **planejamento antecipado de cuidados (Advance Care Planning)**. Essas abordagens permitem que o paciente participe de decisões sobre preferências de fim de vida, podendo reduzir o uso de procedimentos fúteis ou invasivos desnecessários.

Pesquisas indicam que **CP precoce** reduz sentimentos de ansiedade e depressão em pacientes com câncer, além de fortalecer o suporte emocional. Esses benefícios ocorrem mesmo quando os CP são introduzidos em fases relativamente precoces da doença, evidenciando o valor da abordagem integrada.

Além de medidas padronizadas, relatos qualitativos revelam que CP podem fortalecer a sensação de dignidade e autonomia, favorecer “momentos significativos” com familiares, auxiliar na aceitação da situação e na elaboração de fins de vida com menos sofrimento existencial.

Esses efeitos são frequentemente descritos em estudos qualitativos como centrais para o sentido que o paciente atribui ao seu período final de vida.

Impactos nos Familiares e Cuidadores

Os efeitos dos CP sobre familiares e cuidadores são complexos e multifacetados, variando conforme o contexto, a modalidade de cuidado e as características individuais.

Meta-análises mostram que intervenções paliativas podem melhorar a QV e reduzir sintomas depressivos em cuidadores familiares, embora os efeitos sobre a sobrecarga geral nem sempre sejam consistentes.

Estudos também apontam que cuidados paliativos:

- reduzem a **angústia emocional** do cuidador,
- melhoram sua sensação de preparo e competência no cuidado,
- promovem maior satisfação com a atenção recebida pelo paciente

Sobre a Sobrecarga e Carga de Cuidado

Estudos observacionais relacionam a redução de **carga subjetiva** dos cuidadores com melhorias no estado emocional do

paciente (por exemplo, menos ansiedade/dispneia). Em outras palavras, existe uma **interdependência emocional** entre paciente e cuidador, em que melhorias no paciente reduzem a carga do familiar.

Dificuldades e Desafios Socioeconômicos

Revisões qualitativas ressaltam que familiares enfrentam:

- **pressões econômicas,**
- reorganização de papéis familiares,
- medo da morte iminente e luto antecipado.

Esses aspectos podem persistir mesmo com apoio paliativo adequado, indicando que o impacto não é apenas clínico, mas profundamente social e emocional.

Experiências de Enfrentamento e Significação:

Para muitos familiares, a presença de uma equipe paliativa:

- valida os sentimentos de **perda e tristeza,**
- proporciona um espaço para expressar emoções difíceis,
- facilita suporte espiritual e reflexões sobre legado e significado.

Estes elementos são reconhecidos como fundamentais na adaptação ao luto.

Modelos de CP e Influências Culturais

É importante reconhecer que **impactos variam conforme o modelo de CP** (hospitalar, domiciliar, integrado), e **contextos culturais e de sistema de saúde** influenciam fortemente os resultados. Estratégias que respeitam crenças, valores e dinâmicas familiares específicas tendem a gerar impactos mais consistentes.

Mecanismos Terapêuticos dos Cuidados Paliativos

Os efeitos positivos observados se explicam por múltiplos mecanismos:

Controle de Sintomas e Alívio do Sofrimento

A gestão eficaz de dor, dispneia, náusea e desconforto físico reduz sofrimento direto e indiretamente melhora o humor e as relações interpessoais.

Comunicação e Planejamento Compartilhado

Conversas compassivas sobre expectativas e desejos reduzem medo, incertezas e conflitos familiares, promovendo um senso de **autonomia e agência**.

Suporte Psicológico e Espiritual

Intervenções que focalizam o suporte emocional e a dimensão existencial facilitam enfrentamento, alívio de sofrimento psíquico e maior sensação de significado.

Apoio à Família e Preparação para o Luto

Programas que integram o cuidador no plano de cuidado e oferecem recursos educativos e de conforto reduzem sensação de isolamento e promovem resiliência.

Limitações da Evidência e Direções Futuras

Embora exista robusta evidência de benefícios, algumas áreas carecem de estudos de alta qualidade, especialmente no que se refere a:

- efeitos de longo prazo em cuidadores,
- diferenças entre abordagens culturais,
- mecanismos biológicos e psíquicos subjacentes à experiência de sofrimento e alívio.

Essas lacunas devem orientar futuras pesquisas clínicas e epidemiológicas.

EPIDEMIOLOGIA DOS CP

Segundo estimativas da OMS (Genebra, 2020), cerca de 40 milhões de pessoas necessitam de CP a cada ano no mundo. Destas, aproximadamente 78% vivem em países de baixa e média renda, onde o acesso ainda é muito limitado. A OMS destaca que mais de 80% do consumo mundial de opioides está concentrado em apenas 20% dos países, restringindo o tratamento adequado da dor em larga escala.

Menos de 14% das pessoas que necessitam recebem CP adequados, um número assustador atualmente, onde a Medicina possui tantos recursos técnico científicos e deixa pessoas sem tratamento adequado de sofrimentos básicos como dor e dispneia.

O Brasil possui cerca de 213 milhões de habitantes (estimativa 2024), com envelhecimento acelerado da população e aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Estima-se que cerca de 1,1 milhão de brasileiros necessitem de CP anualmente, conforme estudos epidemiológicos nacionais alinhados às projeções da OMS.

Os serviços de CP no Brasil estão concentrados principalmente em grandes centros urbanos e em instituições hospitalares. A rede pública de saúde (SUS) tem ampliado gradualmente o acesso, especialmente com a implementação de equipes multiprofissionais em Atenção Primária e Hospitais de Referência.

Segundo levantamento da Associação Brasileira de CP (ABCP), existem cerca de 200 serviços formais de CP em todo o país, ainda insuficiente para a demanda real.

A regulamentação da especialidade médica em CP e a inclusão da temática nos currículos acadêmicos têm avançado, mas carecem de maior penetração.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A prática dos CP exige não apenas conhecimentos clínicos, mas um sólido entendimento ético e legal, uma vez que o profissional frequentemente se depara com decisões críticas e delicadas, como a limitação de tratamentos fúteis, o controle de sintomas refratários e o suporte ao processo de morrer com dignidade.

Apesar de ser guiado por uma equipe multidisciplinar, na grande maioria das vezes, é a ação do médico que conduzirá as condutas e o alinhamento de toda a equipe envolvida, devendo o diálogo entre o profissional, a equipe e a família ser muito bem esclarecido para que dúvidas não ocorram.

É responsabilidade do profissional registrar todas as decisões e conversas, detalhar quem estava presente e o que ficou decidido, respeitando sempre as normas éticas e legais vigentes e sempre evitar ações que possam ser interpretadas como abandono do paciente.

No Brasil, embora ainda haja lacunas legais e desafios culturais, os instrumentos normativos disponíveis já conferem segurança e legitimidade às ações paliativas. Profissionais bem informados, éticos e preparados são capazes de oferecer cuidados eficazes, respeitosos e legalmente respaldados

Fundamentos Éticos dos Cuidados Paliativos

A prática paliativa é orientada pelos quatro pilares da bioética, os quais devem ser aplicados de forma equilibrada, especialmente quando os valores do paciente colidem com os da equipe ou da família. São eles:

Autonomia: direito do paciente de decidir sobre sua vida, corpo e tratamento.

Beneficência: promover o bem, com alívio do sofrimento.

Não maleficência: evitar danos, inclusive os causados por intervenções fúteis ou desproporcionais.

Justiça: garantir acesso equitativo aos cuidados, sem discriminação.

Dignidade da Pessoa Humana

Consagrada no art. 1º, III, da Constituição Federal, a dignidade é fundamento da República e orienta todas as decisões paliativas, inclusive a escolha de não prolongar artificialmente a vida em situações de sofrimento e morte iminente.

Consentimento Livre e Esclarecido

O direito de ser informado sobre a condição clínica, opções de tratamento e prognóstico, bem como de aceitar ou recusar intervenções, é fundamental. O consentimento deve ser:

Livre: sem coação.

Esclarecido: com linguagem compreensível.

Específico e atual: voltado à situação presente.

A recusa de tratamento pelo paciente lúcido deve ser respeitada, inclusive a recusa de suporte vital, desde que claramente compreendido o prognóstico.

Fundamentos Legais dos CP no Brasil

Constituição Federal (1988):

Art. 1º, III – Dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado.

Art. 5º, II – Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer algo senão em virtude de lei.

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado.

A prática dos CP está alinhada ao direito à saúde, à dignidade e à liberdade individual.

Código Penal Brasileiro

Art. 121 – Homicídio

Interromper artificialmente a vida é considerado homicídio.

No entanto, abstenção de tratamentos fúteis ou desproporcionais, com base em consentimento e critérios clínicos, não constitui crime, pois não há intenção de matar, mas sim de evitar sofrimento desnecessário.

Art. 146 – Constrangimento Ilegal

Obrigar o paciente a submeter-se a tratamento contra sua vontade pode ser interpretado como constrangimento ilegal.

Art. 128 – Exclusão de ilicitude (aborto terapêutico)

Embora não diretamente ligado aos CP, reforça a ideia de que certos atos médicos podem não ser penalizados se pautados em critérios clínicos e legais.

Código Civil Brasileiro (2002)

Art. 15

“Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica.”

Reforça o direito do paciente à recusa terapêutica.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Deve-se sempre ouvir o paciente menor de idade, especialmente adolescentes.

As decisões devem ser compartilhadas com os pais ou responsáveis, mas o bem-estar da criança prevalece em caso de conflito.

A judicialização pode ser necessária em casos extremos, como negativa de cuidados essenciais por parte dos responsáveis.

Estatuto do Idoso

O idoso tem direito a cuidados integrais, incluindo o controle de sintomas, a não discriminação por idade e o respeito à sua autonomia.

Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM)

Resolução CFM nº 1.805/2006

Proíbe a distanásia, autorizando médicos a limitar ou suspender procedimentos que prolonguem o processo de morte em pacientes com doença incurável e em fase terminal.

“Na fase terminal de doenças crônicas e progressivas, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo os cuidados necessários para aliviar sintomas que causem sofrimento.”

Resolução CFM nº 1.995/2012

Trata do planejamento antecipado de cuidados (PAC), permitindo que o paciente registre suas diretivas antecipadas de vontade (DAV), inclusive a recusa de procedimentos.

Resolução CFM nº 2.217/2018 (Código de Ética Médica)

Art. 24 – É vedado ao médico deixar de obter consentimento informado.

Art. 31 – É vedado ao médico prolongar a vida do paciente com tratamento inútil ou obstinado.

Art. 41 – O médico deve respeitar a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)

São documentos nos quais uma pessoa, lúcida e capaz, expressa como deseja ser cuidada quando não puder mais expressar sua vontade.

Incluem recusa de reanimação cardiopulmonar, preferência por CP que medidas intensivas ou fúteis, decisão pelo local onde serão fornecidos os cuidados (casa, hospital, UTI, instituição de longa permanência), além de cuidados com nutrição, nomeação de procuradores de saúde e cuidadores.

São reconhecidas pelo CFM, mas ainda não regulamentadas por lei federal.

Devem ser respeitadas quando redigidas com clareza e registradas em prontuário. Não há necessidade de registro em cartório civil. O prontuário médico já possui amparo legal.

As perguntas devem explorar valores, desejos, limites, medos e objetivos. A seguir, apresentamos um conjunto de questionamentos organizados por eixo temático:

A. Valores e objetivos de vida

O que é mais importante para você na vida neste momento?

O que você considera uma vida digna ou com sentido?

Você tem alguma crença espiritual ou religiosa que orienta suas decisões de saúde?

B. Limites pessoais quanto à manutenção da vida

Há algum tipo de tratamento que você não gostaria de receber?

Você aceitaria ser entubado, receber alimentação por sonda ou ficar em uma UTI, caso não possa mais se comunicar?

Em caso de parada cardíaca, você gostaria de ser reanimado, mesmo que as chances de recuperação plena sejam mínimas?

C. Desejos para o fim de vida

Se você estivesse próximo da morte, o que gostaria que acontecesse?

Você prefere ser cuidado em casa, em hospital ou outro local?

Quem você gostaria que estivesse presente com você nesse momento?

D. Nomeação de representante

Existe alguém de sua confiança que poderia tomar decisões por você se você não puder mais decidir?

Essa pessoa sabe de suas preferências? Você já conversou com ela sobre isso?

E. Cuidados desejados e cuidados recusados

O que você espera da equipe médica em relação à dor, ao desconforto, à respiração, à sedação?

F. Planos práticos

Você deseja fazer testamento ou deixar instruções sobre rituais, cerimônias ou enterro?

Orientações para profissionais sobre as DAV

Documentar claramente as diretivas no prontuário.

Revisar periodicamente as DAV com o paciente, especialmente diante de mudanças no estado clínico.

Garantir que a família conheça e respeite as decisões expressas.

Utilizar linguagem compreensível e não coercitiva.

Ter conhecimento em comunicação de más notícias e planejamento de cuidados.

Limites e desafios na implementação das DAV

Apesar do crescente reconhecimento de sua importância, ainda existem obstáculos à ampla implementação das DAV:

- Desconhecimento dos profissionais e pacientes sobre o instrumento.
- Falta de treinamento em comunicação de fim de vida.
- Crenças culturais que dificultam falar sobre a morte.
- Resistência da família em aceitar as escolhas do paciente.
- Ausência de sistemas informatizados integrados que permitam o acesso fácil às DAV no prontuário.

Limitação e Suspensão de Suporte de Vida

Não equivalem a eutanásia ou homicídio.

A limitação terapêutica consiste em não iniciar um tratamento que prolongaria o sofrimento sem benefício real (ex: ventilação mecânica em paciente com falência multissistêmica irreversível).

A suspensão terapêutica é a retirada de medidas desproporcionais ou que causam mais dano que benefício (ex: diálise em fase terminal com sofrimento intenso).

Ambas são eticamente justificáveis e legalmente permitidas, desde que haja base técnica, registro em prontuário e consentimento do paciente ou representante legal.

Sedação Paliativa vs. Eutanásia

A sedação paliativa consiste no uso de medicamentos para reduzir consciência em pacientes com sintomas refratários as medidas terapêuticas ou paliativas cabíveis, como dor, dispneia ou agonia existencial, sem intenção de apressar a morte.

Diferente disto é eutanásia ou suicídio assistido, sendo ambas práticas proibidas no Brasil, tipificadas como crime. Consiste em ação médica que abreviará o curso da vida do paciente, induzindo-o a morte.

Mesmo que o paciente solicite, não há respaldo legal para que o médico antecipe a morte ou cometa tal atitude. Há países que já estão legalizando esta prática.

Judicialização e Conflitos Ético-Legais

Por medo da morte, desconhecimento do processo da evolução de uma doença, conflitos familiares ou pessoais não resolvidos, pacientes ou familiares podem não estar concordando com o processo dos CP instituídos a um paciente, insistindo em manter suporte vital, apesar da irreversibilidade. Nestes casos de conflito, a primeira coisa a ser feita é insistir na comunicação empática e mediadora, fortalecendo-se a relação médico-paciente/família, ouvindo e compreendendo os motivos

alegados. No diálogo, deve o profissional argumentar sobre a realidade, o sofrimento que o paciente está apresentando e a irreversibilidade do quadro, apesar dos esforços previamente tomados para resolução da patologia, quando era possível. Pode ser necessário acionar Comitês de Ética, Ministério Público ou Judiciário. O registro médico claro e detalhado é essencial para respaldo legal, pois apesar da morte ser algo inevitável, familiares podem estar discordantes com as ações propostas e o curso da patologia, muitas vezes por motivações fantasiosas ou negação do quadro.

O PACIENTE QUE NECESSITA CP

Diante de uma doença incurável, progressiva e com prognóstico limitado, o ser humano se vê confrontado com sua própria finitude. Para a medicina moderna, que historicamente se estruturou sobre o paradigma da cura e da tecnologia intervencionista, essa realidade impõe um novo desafio: aliviar o sofrimento quando a cura não é mais possível.

O paciente com uma doença sem possibilidade de cura está em um território de extrema vulnerabilidade. Seu sofrimento é múltiplo, contínuo e profundamente humano. Em CP, o foco se desloca da doença para a pessoa; do prolongamento da vida para o fortalecimento da dignidade; do curativo para o compassivo.

A medicina que se propõe a cuidar diante da morte deve ser sensível, competente e presente. Deve estar disposta a sentar ao lado do leito, ouvir em silêncio, acolher o choro, aliviar a dor e respeitar os últimos desejos. A morte é inevitável; o sofrimento, em grande parte, é evitável.

E é aí que mora a maior potência dos CP.

Nessa abordagem, o paciente não é apenas portador de sintomas físicos, mas um ser biopsicossocial e espiritual que vivencia perdas sucessivas, medo, angústia e, muitas vezes, um luto antecipado.

A maioria dos pacientes em CP são portadores de doenças crônicas avançadas, principalmente câncer, doenças cardiovasculares (doença cardíaca e AVC), doenças respiratórias crônicas (DPOC, fibrose pulmonar), HIV/AIDS, doenças neurodegenerativas (Alzheimer, ELA, Parkinson), insuficiência renal crônica. Essas doenças têm em comum o curso progressivo, o declínio funcional e o potencial para sofrimento intenso, mesmo com os melhores recursos terapêuticos disponíveis.

O corpo doente deixa de responder ao tratamento e entra em um processo de falência gradual. As queixas físicas tornam-se cada vez mais complexas e refratárias, como dor, dispneia, fadiga, delirium, insônia e astenia.

Do ponto de vista psicológico, o fato de viver com uma doença incurável é profundo. O paciente vivencia uma

montanha-russa de emoções, que vão desde o choque do diagnóstico até a aceitação da morte. Entre os sentimentos mais comuns estão: medo (da dor, do abandono, de morrer sozinho, de perder o controle do próprio corpo e da mente). Muitos pacientes verbalizam temor de se tornar um “peso” para os filhos ou cônjuge.

A tristeza frente às perdas sucessivas é esperada. Porém, quando contínua e incapacitante, deve ser diferenciada da depressão clínica — que exige intervenção específica. A ausência de projetos futuros, o esvaziamento existencial e o isolamento podem agravar o quadro.

Alguns pacientes expressam raiva contra a vida, contra Deus, contra os médicos ou o destino. Essa raiva, muitas vezes, é uma manifestação do medo e do sentimento de impotência diante da morte iminente.

O paciente começa a se despedir da vida antes da morte acontecer. Esse luto inclui o lamento por não ver os filhos crescerem, por não realizar sonhos, por deixar dívidas afetivas ou familiares inacabadas.

A imprevisibilidade do processo de morrer, o desconhecido e a possibilidade de sofrimento físico ou de uma morte indigna são gatilhos importantes para a ansiedade.

Muitos pacientes expressam pavor de serem esquecidos. O desejo de deixar um legado — uma carta, um vídeo, uma história contada — ganha protagonismo.

A proximidade da morte leva muitos pacientes a desejarem se reconciliar com filhos, irmãos ou amigos. Sentimentos de culpa pelo passado podem emergir com intensidade.

Cabe ao profissional de saúde reconhecer essas emoções sem julgamento, oferecer acolhimento, disponibilizar suporte psicológico e, quando necessário, utilizar psicofármacos de forma criteriosa.

A doença grave desorganiza toda a estrutura social do paciente. Ele deixa de ser produtivo, perde funções familiares, é afastado do trabalho e da convivência com os amigos.

Homens relatam sofrimento ao não conseguirem mais sustentar a família. Mulheres lamentam a perda do papel de cuidadora. A sensação de “não ser mais útil” é devastadora.

Com o agravamento do quadro, o paciente passa a viver recluso, muitas vezes acamado. Amigos se afastam, e o convívio social desaparece. Isso amplia o sofrimento emocional e existencial.

O adoecimento revela ou agrava conflitos familiares. Ao mesmo tempo, as famílias muitas vezes não estão preparadas para cuidar, tomar decisões e lidar com o luto antecipado.

Do ponto de vista financeiro, o custo com medicações, fraldas, consultas e transporte pode ser inviável. Famílias empobrecem enquanto cuidam. A ausência de políticas públicas estruturadas agrava esse cenário.

A espiritualidade, mesmo para os não religiosos, emerge como eixo central do enfrentamento da terminalidade. O paciente pergunta: “Por que eu?”, “Qual o sentido da minha vida?”, “O que eu deixarei para trás?”. Questões existenciais surgem com força.

A fé pode ser fonte de conforto, mas também de culpa (“estou sendo punido?”). Alguns pacientes pedem rituais religiosos, outros desejam conversar sobre o que acreditam que acontecerá após a morte.

Para alguns, a morte não é o fim, mas uma transição. Para outros, é um mistério angustiante. O papel da equipe é acompanhar essas experiências sem impor crenças, respeitando o universo simbólico de cada paciente.

AS FASES DE KÜBLER-ROSS

A psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross propôs, em sua obra “Sobre a Morte e o Morrer” (1969), um modelo descritivo das reações emocionais de pacientes diante do diagnóstico de doenças terminais. Essas reações, conhecidas como as “Cinco Fases do Luto”, refletem o processo interno de adaptação à finitude: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Embora inicialmente descritas no contexto de pacientes, o modelo também se aplica aos familiares e cuidadores. É

importante salientar que essas fases não são lineares nem universais, podendo ocorrer em ordem diferente, sobrepostas, ou mesmo não aparecerem em todos os casos.

Negação:

A negação é uma defesa psicológica primária frente à ameaça iminente da morte. O paciente pode recusar-se a aceitar o diagnóstico, minimizar sua gravidade ou evitar falar sobre a terminalidade. Essa fase serve como um mecanismo de proteção temporária para amortecer o impacto da notícia.

Exemplos clínicos:

Um paciente com câncer metastático afirma: *“Os médicos devem ter se enganado. Eu me sinto bem.”*

Outro diz: *“Não pode ser verdade. Estou aqui só por precaução.”*

A negação faz o indivíduo ganhar tempo psíquico para digerir a informação e manter o senso de normalidade e controle.

Os profissionais de saúde, ao identificarem esta fase, precisam estar atentos e sensíveis a estratégias de comunicação, respeitando a negação sem forçar a aceitação imediata, evitando confrontar ou corrigir de forma ríspida. Devem utilizar escuta

empática: *“Parece que essa notícia foi difícil de assimilar. Estou aqui para te apoiar no que precisar”,* além de estimular pequenos passos em direção à realidade, sem pressa: *“Se em algum momento quiser conversar mais sobre o que foi dito, estarei disponível.”*

Os familiares devem evitar desmentir ou tentar impor a “realidade”, além de manter a convivência afetiva, evitando excessos de otimismo ou catastrofismo, além de oferecer espaço emocional: *“Se quiser falar sobre isso, estarei aqui para te ouvir.”*

Raiva:

Quando a negação já não é mais sustentável, surge a raiva. O paciente pode direcioná-la aos médicos, familiares, a Deus, ao destino, ou a si mesmo. Muitas vezes expressa como frustração, irritabilidade ou ressentimento. *“Por que eu? Nunca fumei, nunca bebi, e agora vou morrer?”, “Esses médicos não fizeram o que deviam! Devem ter errado no tratamento!”*

O paciente expressa indignação frente à perda de controle, tentando encontrar um culpado para uma situação inaceitável.

Os profissionais devem reconhecer a raiva do paciente, não levar para o lado pessoal, entendendo que ela é um reflexo do sofrimento. É fundamental manter postura firme, mas

acolhedora, prestando cuidado com empatia e sem se afastarem, validando a emoção: *“Imagino como tudo isso possa estar gerando uma grande revolta. É compreensível sentir-se assim.”*

Os familiares devem evitar discutir ou reagir com hostilidade, reconhecer o sofrimento subjacente e demonstrar empatia: *“Você tem todo direito de estar bravo. Também dói para mim te ver passar por isso.”* Associado a isto, criar um espaço seguro para que o paciente possa desabafar.

Barganha:

A barganha é uma tentativa, muitas vezes inconsciente, de negociar com a vida, com Deus, com o destino, na esperança de obter tempo ou evitar o sofrimento. Pode manifestar-se através de promessas ou pactos. *“Se eu conseguir mais seis meses, prometo me reconciliar com meu filho.”* *“Se Deus me curar, dedicarei minha vida aos pobres.”*

Objetivos emocionais do paciente são recuperar algum senso de controle ou esperança e evitar o sofrimento psíquico da aceitação.

Os profissionais não devem confrontar diretamente com a realidade, mas explorar o significado por trás da barganha: *“Vejo que há algo muito importante para você. Quer me contar*

mais sobre isso?”, além de trabalhar com a equipe interdisciplinar, incluindo apoio espiritual e psicológico, para abordar angústias existenciais.

Na fase da barganha, os pacientes estão mais aptos a adesão aos tratamentos propostos, mudanças de hábitos de vida e reconciliações.

Os familiares precisam ouvir o indivíduo com respeito, mesmo que as promessas pareçam irrealis e estimular reconciliações e desejos possíveis: *“Se é importante pra você, vamos pensar juntos em como fazer isso acontecer.”*

Depressão:

Quando as estratégias anteriores não mais oferecem conforto, o paciente pode entrar em uma fase de profunda tristeza. Há reconhecimento da perda iminente da vida, das funções, dos papéis sociais, da autonomia e do futuro.

A depressão nessa fase pode ser reativa (relacionada a perdas já vividas, como função ou imagem corporal) ou antecipatória (relacionada ao que ainda vai se perder, como a vida ou os filhos). *“Sinto que tudo está perdido.”* *“Não quero mais visitas. Só quero dormir e ficar sozinho.”*

Nesta fase, ele entra em contato com a dor da perda iminente e começa a elaborar emocionalmente a despedida da vida.

Os profissionais precisam diferenciar depressão esperada no processo do morrer de uma depressão patológica que exige intervenção. Devem oferecer presença silenciosa e empática. Muitas vezes, o simples fato de estar ali é terapêutico. Usar frases como: *“Se quiser falar sobre o que sente, estarei aqui para ouvir. Mas posso apenas ficar aqui com você se preferir.”*

Os familiares devem respeitar momentos de introspecção, além de expressar amor e apoio incondicional: *“Estou aqui com você, e vamos atravessar isso juntos.”*

Aceitação:

A aceitação não é sinônimo de felicidade. Trata-se de um estado de maior serenidade diante da proximidade da morte, alcançando integração e fechamento do ciclo de vida e preparando-se para a morte de forma digna e consciente.

O paciente pode expressar desejo de despedidas, transmitir mensagens, organizar questões pessoais e encontrar sentido na experiência. *“Eu vivi o que tinha de viver. Agora só quero estar com minha família.” “Já estou em paz com o que está por vir.”*

Cabe aos profissionais facilitarem desejos de fim de vida: últimas visitas, reconciliações, projetos de legado, espiritualidade, estimular comunicação com familiares, envolver CP, equipe multiprofissional e proporcionar conforto físico e emocional.

É importante que os familiares e amigos estejam presentes para ouvirem o que ele(a) tem a dizer, permitindo despedidas, além de falarem com autenticidade e amor: *“Te amo. Obrigado por tudo. Estarei com você até o fim.”* *“Vá em paz, nós estaremos bem.”*

Também precisam ajudar a cumprir desejos simbólicos ou espirituais do paciente, como ouvir músicas favoritas ou tocar objetos significativos.

O MÉDICO E A RELAÇÃO COM A FINITUDE E A MORTE DO PACIENTE

A prática dos CP coloca o médico em um encontro constante com a finitude da vida, desafiando concepções tradicionais de cura, habilidades técnicas e expectativas sociais sobre o papel do médico. Lidar com o sofrimento, a perda e a morte de pessoas sob seus cuidados exige não apenas competência clínica, mas profunda resiliência emocional e reflexiva.

Os médicos que atuam em cuidados paliativos vivenciam uma arquitetura emocional única: são simultaneamente testemunhas e articuladores de processos de perda e significado. A relação com a morte, quando abordada com consciência, suporte e reflexão, pode constituir não apenas um desafio, mas um campo de profundo crescimento profissional e humano. Reconhecer e apoiar as respostas emocionais desses profissionais é essencial para a sustentabilidade do cuidado compassivo que define os cuidados paliativos.

Enquanto em muitas especialidades a morte é um evento relativamente raro, nos CP ela é central e repetida. Estudos qualitativos mostram que médicos em CP vivenciam a morte de seus pacientes de forma profunda, pois cada perda aciona não apenas sofrimento profissional, mas lembranças pessoais de perdas anteriores e reflexões existenciais. Esses encontros contínuos com a morte desafiam a internalização de sua inevitabilidade e a capacidade de manter empatia sem despersonalização.

Dualidade: Proximidade e Distanciamento

Há uma tensão intrínseca: a necessidade de proximidade emocional para proporcionar cuidado compassivo, e a necessidade de algum distanciamento para preservar-se psicologicamente. A literatura descreve esse equilíbrio como um processo dinâmico de “engajamento compassivo” — um

envolvimento afetivo que não se confunde com fusão emocional ou burnout. Esse tipo de engajamento reconhece a dor, mas mantém fronteiras saudáveis entre o self do cuidador e o sofrimento alheio.

Médicos que não conseguem ter a compreensão de que os pacientes sob seus cuidados correm o risco de morrer (ou que morrerão) acabam distanciando-se dos mesmos, muitas vezes após longos anos de cuidado, sentindo-se impotentes diante da finitude ou da incapacidade de “vencer” a morte. Acreditam erroneamente que a missão do médico é salvar a vida e buscar a cura, ou pelo menos, a manutenção da vida a todo custo. Estes profissionais além de desgaste emocional, acabam sentenciando seus pacientes a futilidades terapêuticas e distanásia, diante da árdua guerra contra o inevitável. Além disto, podem se afastar do cuidado e da proximidade, evitando se abrirem aos diálogos pertinentes com pacientes e seus familiares sobre prognóstico, finitude da vida, ansiedades e expectativas, apenas por não estarem preparados emocionalmente para enfrentarem o seu sentimento de fracasso.

Humanização do Cuidado

A experiência de uma doença terminal expõe o ser humano em sua forma mais vulnerável. O paciente deixa de ser apenas alguém que “tem uma doença” e passa a ser alguém que convive, diariamente, com perdas sucessivas: da saúde, da autonomia, da previsibilidade do futuro e, muitas vezes, da

própria identidade. Nesse contexto, a humanização do cuidado deixa de ser um adorno ético da prática médica e se torna um elemento central e indispensável do tratamento.

Humanizar o cuidado significa reconhecer que, diante da terminalidade, o sofrimento ultrapassa os limites do corpo. Dor física, angústia emocional, medo da morte, sofrimento espiritual e preocupações familiares coexistem e se entrelaçam. Protocolos, exames e decisões técnicas, embora fundamentais, são insuficientes quando não vêm acompanhados de escuta, presença e sensibilidade. O paciente fora de possibilidade terapêutica não busca apenas alívio de sintomas, mas também compreensão, respeito e sentido para o que está vivendo.

Nesse cenário, o médico ocupa um lugar singular. Sua palavra, seu silêncio, seu olhar e sua postura influenciam profundamente a forma como o paciente e a família atravessam o adoecimento. A empatia — entendida não como pena ou identificação excessiva, mas como a capacidade de compreender o sofrimento do outro a partir da perspectiva dele — é uma das ferramentas mais potentes do cuidado paliativo. Ser empático é reconhecer a dor do paciente como legítima, mesmo quando não há mais possibilidade de cura, e oferecer presença quando não há mais tratamentos modificadores da doença.

A relação médico-paciente, construída com base na confiança e no respeito, torna-se ainda mais relevante no fim da vida. Em um momento em que tantas certezas se perdem, a figura do médico pode representar estabilidade, segurança e

orientação. Uma comunicação clara, honesta e compassiva permite que o paciente compreenda sua condição, participe das decisões e exerça sua autonomia até onde for possível. Ao mesmo tempo, protege a família de sentimentos de abandono, culpa e confusão, tão frequentes quando o cuidado se torna impessoal ou excessivamente técnico.

A humanização também implica reconhecer o paciente como sujeito de valores, histórias e desejos próprios. Saber quem ele é, o que considera uma vida digna, quais são seus medos e o que espera do tempo que lhe resta é tão importante quanto conhecer sua evolução clínica. O cuidado humanizado respeita limites, evita intervenções fúteis e busca alinhar cada decisão terapêutica aos valores do paciente, preservando sua dignidade até o fim.

Para o médico, exercer a empatia não significa fragilizar-se ou perder a objetividade clínica, mas ampliar sua competência profissional. Estudos mostram que relações médico-paciente empáticas estão associadas a melhor controle de sintomas, maior satisfação do paciente e da família e menor sofrimento emocional no processo de morrer. Além disso, a prática humanizada protege o próprio profissional, reduzindo o desgaste emocional, o sofrimento moral e o sentimento de fracasso frequentemente associados à morte.

Em um mundo médico cada vez mais tecnológico, a humanização do cuidado resgata o sentido mais profundo da profissão: cuidar de pessoas, não apenas de doenças. Diante da

terminalidade, quando a cura já não é possível, a presença empática, a escuta atenta e a relação terapêutica tornam-se, muitas vezes, o principal tratamento disponível. É nesse espaço relacional que o médico reafirma seu papel não como aquele que sempre pode salvar, mas como aquele que nunca abandona.

Emoções Centrais na Prática dos Cuidados Paliativos

A tristeza é um afeto recorrente, não apenas como resposta à perda, mas como testemunho empático do sofrimento humano. Profissionais relatam sensações de impotência, especialmente em situações em que o sofrimento não pode ser aliviado por intervenções.

Também questionam decisões clínicas e ponderam se poderiam ter feito “mais” ou “melhor”. Mesmo quando aplicam cuidados baseados em evidências, sentimentos de culpa por não prolongar a vida — ou de não aliviar adequadamente o sofrimento — podem surgir. Isso é reforçado por normas sociais que valorizam a intervenção curativa e vistas culturalmente como “não ter feito tudo possível” quando a morte ocorre.

Por fim, o contato frequente com a morte de outros remete igualmente à consideração da própria mortalidade. A literatura psicológica aponta que profissionais em CP muitas vezes atravessam um processo de reavaliação de seus valores, prioridades e crenças existenciais.

Mecanismos de Enfrentamento: De Proteção Emocional à Resiliência

A formação médica tradicional concentra-se em conhecimento técnico, mas a habilidade de estar com o sofrimento exige competências emocionais e comunicacionais. Programas de educação médica que incluem simuladores de comunicação difícil, atenção plena e ética narrativa melhoram a autopercepção dos estudantes e residentes quanto à sua própria resposta emocional.

A presença de equipes multidisciplinares e ambientes que promovam reflexão e compartilhamento aberto de experiências é um importante amortecedor de sofrimento emocional. Grupos de apoio, supervisão clínica e encontros de reflexão ética e narrativa têm sido associados à maior resiliência profissional.

Intervenções como a escrita reflexiva, balint groups e sessões de mindfulness ajudam médicos a nomear e metabolizar suas respostas emocionais, em vez de reprimi-las. Quando institucionalizadas, essas práticas promovem desenvolvimento profissional e pessoal.

Implicações para a Saúde do Profissional

O risco de burnout em CP não está apenas ligado à carga de trabalho, mas à exposição emocional crônica sem suporte adequado. A literatura aponta que modelos organizacionais que

incorporam pausas reflexivas, rotação de funções e apoio psicológico reduzem índices de exaustão emocional.

Porém, nem todas as respostas são negativas. Muitos médicos relatam crescimento profissional, maior capacidade de presença, sentido de propósito e mudança pessoal profunda diante da experiência de cuidar de pessoas no final da vida. Isto se dá principalmente se o médico tem a capacidade de entender que não tem o dever de lutar contra a morte e que, em situações de doenças crônicas, a morte faz parte do processo da evolução da comorbidade ou, no caso de idosos, que a morte faz parte da vida.

Estando os profissionais cientes que seu papel de gerar conforto e promover todos os CP necessários é tão importante quanto qualquer conduta curativa, sentimentos de fracasso e impotência dão lugar para sentimentos de realização profissional, empatia e dever cumprido.

A relação entre Medicina e Morte: Paradigmas e Transformações Culturais

Historicamente, a medicina ocidental tem privilegiado a cura e a luta contra a morte. Nos CP, esse paradigma é reconfigurado: a morte é vista não como fracasso, mas como conclusão natural de um processo biológico, e o cuidado volta-

se para a qualidade de vida, dignidade e consolo. Essa mudança de perspectiva representa uma transformação cultural profunda.

A sociedade contemporânea muitas vezes retrata a morte como inimiga a ser vencida, principalmente na atualidade, onde há inúmeras técnicas e possibilidades terapêuticas para a grande maioria das doenças. Pacientes e familiares acabam se comparando a outras pessoas que já passaram pela mesma doença, ignorando que cada pessoa é única e nem todos respondem da mesma forma, assim como as doenças podem ser as mesmas, porém com gravidade e comprometimento da saúde diferente entre as pessoas, sem falar em todos os demais contextos que interferem naquele indivíduo, como idade e comorbidades existentes. Médicos em CP se encontram, então, em diálogos difíceis com pacientes, famílias e colegas sobre a limitação de tratamentos fúteis. Essa prática exige não apenas competência técnica, mas habilidades narrativas para reconstruir sentido e alinhar expectativas.

COMUNICAÇÃO HUMANIZADA E ÉTICA

A forma como os cuidados paliativos são apresentados ao paciente e à sua família é determinante para sua aceitação, compreensão e efetividade. Esse processo exige habilidades de comunicação refinadas, empatia, respeito à autonomia e uma postura ética e compassiva.

A comunicação é um dos pilares centrais dos CP. Diferentemente de outras áreas da Medicina centradas na cura, o CP prioriza o alívio do sofrimento em suas múltiplas dimensões: física, emocional, espiritual, social e existencial. Neste contexto, a comunicação assume um papel essencial para construir uma relação terapêutica baseada na confiança, na empatia, na clareza e na dignidade. Cada paciente é único. É fundamental adaptar a comunicação ao nível de compreensão, cultura, valores, crenças religiosas e estágio de aceitação da doença.

A comunicação médico-paciente não é mero ato informativo; é terapêutica em si. A maneira como as informações são transmitidas pode aliviar angústias, fortalecer vínculos, permitir que pacientes tomem decisões conscientes e, não raramente, proporcionar conforto espiritual e emocional.

Nos CP, o objetivo não é mais a cura, mas sim a promoção da qualidade de vida. Nesse contexto, a comunicação deve ser contínua, adaptativa, sensível e centrada nos valores do paciente.

O Momento da Conversa: Quando Introduzir os Cuidados Paliativos?

Os CP não se restringem ao fim da vida. Idealmente, devem ser iniciados precocemente no curso de doenças ameaçadoras da vida, em paralelo ao tratamento modificador da doença, permitindo um cuidado integral e contínuo. Sinais de que é o momento adequado para iniciar essa conversa incluem:

- Declínio funcional progressivo

- Refratariedade aos tratamentos curativos
- Crises de descompensação recorrentes
- Diagnóstico de doença avançada ou incurável
- Expressão de sofrimento físico, psicológico, espiritual ou social

Preparando-se para a Conversa

Antes de abordar o paciente, o médico deve refletir sobre suas próprias emoções, medos e crenças em relação à morte e ao sofrimento. A maturidade emocional e o controle da ansiedade própria são fundamentais para oferecer um cuidado centrado no outro.

O profissional deve estar bem informado sobre a evolução da doença, as opções terapêuticas disponíveis, os prognósticos e as limitações do tratamento. Isso garante segurança e legitimidade ao conduzir a conversa.

A conversa deve ocorrer em local reservado, tranquilo e sem interrupções.

O respeito à diversidade cultural, às crenças religiosas e às dinâmicas familiares é parte essencial da abordagem. Decisões devem ser compartilhadas, respeitando a autonomia do paciente e os valores de vida que ele preza.

Questões como limitação do esforço terapêutico, diretivas antecipadas de vontade e planejamento compartilhado do cuidado devem ser abordadas com naturalidade, sem pressa, e sempre com apoio emocional.

A dor emocional, a tristeza, o medo e o luto antecipatório devem ser reconhecidos e acolhidos. Dizer frases como:

“Entendo como essa notícia é difícil...” *“Estamos aqui com você para passar por isso junto.”* constrói vínculo, confiança e alívio psíquico.

A introdução dos cuidados paliativos não é o fim da jornada, mas o início de um novo modelo de cuidado. O paciente e a família devem ser acompanhados continuamente, com planos terapêuticos revisados, atendimento disponível para dúvidas e crises, e suporte psicológico sempre que necessário

Princípios fundamentais:

Verdade com compaixão – o paciente tem direito à verdade, mas ela deve ser dita com empatia, de forma progressiva.

Escuta ativa – compreender o que o paciente e a família sabem, esperam, sentem e desejam.

Clareza e objetividade – evitar jargões médicos e usar uma linguagem acessível.

Revisita contínua – comunicação é processo, não evento único.

O momento de transição do tratamento curativo para o paliativo deve ser cuidadosamente comunicado. Muitos pacientes e familiares ainda veem os CP como sinônimo de abandono terapêutico ou de desistência. Cabe ao médico ressignificar este conceito, enfatizando a continuidade do cuidado, o controle rigoroso de sintomas físicos (dor, dispneia, náuseas, etc.), o apoio emocional, espiritual e familiar, além de

proporcionar a possibilidade de morrer com dignidade, no local desejado, com quem se ama.

Frases possíveis:

“Estamos mudando de direção, mas não vamos abandonar o senhor.”

“Seguiremos cuidando com o mesmo empenho, apenas com um foco diferente: seu bem-estar. Não será permitido ou aceitável você sofrer.”

A empatia vai além da simpatia ou compaixão. Trata-se da capacidade de se colocar no lugar do outro, compreender o seu sofrimento e responder de forma sensível. O profissional precisa reconhecer emoções como medo, tristeza, raiva ou culpa, sem julgá-las ou minimizá-las.

Comunicar más notícias ou prognósticos desfavoráveis requer veracidade com compaixão. O paciente e a família têm o direito de serem informados sobre a realidade clínica para que possam tomar decisões conscientes.

É crucial explorar o que é mais importante para o paciente: prolongar a vida a qualquer custo, evitar sofrimento, permanecer em casa ou em um ambiente hospitalar, manter funcionalidade, etc. Essa conversa permite definir planos de cuidado alinhados aos valores do paciente, pessoas que devem ser consultadas caso não haja mais possibilidade autônoma na tomada de decisões, responsáveis, além de já se elaborar Diretivas Antecipadas de Vontade.

É fundamental que planos de CP sejam abordados precocemente, quando o paciente é lúcido e consegue tomar decisões por si e não no momento da piora clínica ou da

evolução desfavorável e final da doença, com a morte iminente ou colocando nos familiares a responsabilidade de decisão.

Comunicar sobre a limitação de suporte invasivo, como reanimação cardiopulmonar, internação em UTI ou ventilação mecânica, exige sensibilidade, clareza e suporte emocional.

A família é parte integral do cuidado. Muitas vezes, os familiares experimentam culpa, medo, dúvidas e sofrimento antecipatório. A comunicação deve incluir todos os envolvidos no cuidado e criar um espaço para expressão de angústias e tomada de decisões compartilhadas. Quando familiares precisam tomar decisões perante uma conduta, quando o paciente já não está mais apto a decidir por si, evita-se perguntas como: *“O que você decide pelo seu pai? Ir para UTI ou ficar em casa?”*. Perguntas assim colocam o familiar como o responsável pela decisão, o que pode não ser unânime entre os demais, gerando conflitos e responsabilidades desnecessárias. Eu sempre tenho hábito de colocar o paciente como o protagonista da decisão, a partir do que o seu familiar o conhece. *“Se seu pai tivesse aqui olhando para ele neste momento e nesta situação, você que o conhece, o que acredita que ele decidiria por ele?”* Uma decisão baseada no que o indivíduo que está passando decidiria não só traz uma decisão mais sensata, individualizada no personagem principal e não no comunicador da resposta, trazendo um grande sentimento de conforto a este familiar que acabou aceitando o que o seu familiar decidiria fazer, trazendo um grande conforto no luto. *“Eu realizei seu desejo até no seu último momento”* é muito melhor que *“Eu decidi que ele não fosse para uma UTI.”*

Quando se fala em comunicação, um dos grandes pilares é a escuta, e isto não é apenas ouvir palavras. A escuta ativa envolve atenção total ao paciente ou familiar, observando não apenas o conteúdo verbal, mas também expressões faciais, linguagem corporal e silêncio.

Comunicação de Más Notícias – O Protocolo SPIKES

Em situações de CP, comunicar más notícias – como o diagnóstico de uma doença incurável, a falência terapêutica ou a aproximação da morte – deve ser feito com estrutura. Um dos modelos mais utilizados é o SPIKES, amplamente validado na literatura médica, elaborado primeiramente para o diálogo diante de doenças oncológicas, mas difundido para todas as situações..

SPIKES:

S – Setting (Ambiente):

Garantir privacidade, tempo adequado, e ambiente livre de interrupções. Sentar-se ao lado do paciente, desligar celular, manter contato visual.

P – Perception (Percepção):

Avaliar o que o paciente e a família já sabem. *“O que o senhor entende até agora sobre o que está acontecendo?”*

I – Invitation (Convite):

Verificar quanto o paciente deseja saber. Alguns querem todos os detalhes; outros preferem não saber tudo. *“O senhor*

gostaria que eu compartilhasse os resultados agora?” “Preciso ter um diálogo difícil com o senhor.”

K – Knowledge (Conhecimento):

Compartilhar a informação de forma honesta, clara e gradual, utilizando pausas e linguagem compreensível, sem jargões médicos. Ex.: *“Infelizmente, os exames mostram que o tratamento não está mais funcionando...”*

E – Emotions (Emoções):

Reconhecer e validar emoções que surgem. O silêncio respeitoso pode ser mais poderoso que palavras. Ex.: *“Imagino como isso deve ser difícil de ouvir. Estou aqui com o senhor.”*

S – Strategy and Summary (Estratégia e Resumo):

Oferecer um plano de cuidado: *“Nosso foco agora será no conforto, no controle dos sintomas e em estar ao lado do senhor e da família nesse momento.”*

Barreiras Comuns à Comunicação em CP

Falta de preparo do profissional: Muitos médicos não receberam formação formal em comunicação difícil.

Medo de causar sofrimento: Profissionais evitam falar a verdade temendo "tirar a esperança".

Negação ou resistência do paciente/família: Algumas famílias evitam o diálogo sobre morte por medo ou questões culturais.

Diferenças culturais ou religiosas: Devem ser reconhecidas e respeitadas, evitando imposições.

Ambiente hospitalar inadequado: Locais sem privacidade ou tempo limitado dificultam conversas profundas.

Aspectos Éticos e Legais da Comunicação:

O paciente deve ser o protagonista das decisões sobre sua vida e cuidados. Informar adequadamente é pré-requisito para decisões autônomas. Seu consentimento deve e deve ser obtido após discussão franca sobre riscos, benefícios e alternativas de condutas. Não se resume a uma assinatura formal, mas a um processo contínuo de diálogo.

Um dos alicerces para assegurar de forma ética e legal os desejos do paciente são as Diretivas Antecipadas de Vontade, que são documentos ou registros verbais com instruções do paciente sobre cuidados desejados ou recusados no final da vida, tendo respaldo legal a descrição no prontuário do profissional assistente. São formas de respeitar a autonomia quando o paciente não puder mais se expressar.

Além disto, um dos grandes pilares éticos das informações é o sigilo, os quais devem ser compartilhadas com respeito e somente com quem o paciente autoriza. Preservar a dignidade é um dever ético.

Comunicação na morte e no Luto

A comunicação do óbito deve ser feita com tato, clareza e apoio. Não há fórmulas mágicas, mas algumas recomendações:

- Nunca comunicar por telefone, salvo em casos absolutamente inevitáveis.

- Buscar um local reservado, silencioso e confortável.

- Utilizar linguagem direta, evitando eufemismos: “Infelizmente, tenho uma notícia muito difícil. Seu pai faleceu há poucos minutos.”

- Aguardar a reação: choro, silêncio, negação ou raiva são esperados.

- Permanecer presente, em silêncio, se necessário.

- Informar sobre os próximos passos: documentação, contato com funerária, momento de despedida.

A comunicação não termina com a morte. É necessário oferecer suporte à família enlutada, comunicar o óbito de forma humanizada e estar disponível para esclarecer dúvidas. Cumprimentar os familiares e entes próximos nos rituais de despedida como no velório, telefonemas de condolências, cartas de apoio gestos que fazem diferença.

A FAMÍLIA

Nos CP, a família não é apenas acompanhante ou coadjuvante, mas parte integrante da unidade de cuidado. Ela compartilha o processo de adoecimento, participa ativamente das decisões terapêuticas e, muitas vezes, assume

responsabilidades diretas no cuidado físico, emocional e espiritual do paciente. Oferece segurança afetiva, amor, acolhimento e companhia, fundamentais no enfrentamento da terminalidade, além do cuidado à saúde física, administrando medicações, cuidando da higiene, alimentação, posicionamento, prevenção de lesões por pressão, entre outros. Tão importante quanto a tudo isso, preserva a dignidade do paciente, sua história, seus desejos e sua subjetividade até o final da vida.

Atuante como elo entre o paciente e a equipe de saúde, especialmente quando há limitações na comunicação direta, a família participa das escolhas sobre limitações terapêuticas, recusa de tratamentos fúteis e definição dos objetivos de cuidado.

O adoecimento terminal é um fenômeno que não se restringe ao paciente, mas que repercute profundamente no núcleo familiar, gerando impacto psicológico, emocional, social e espiritual. O enfrentamento da morte iminente, o desgaste físico e emocional do cuidador e, posteriormente, o luto, são experiências humanas de grande complexidade e que exigem sensibilidade, competência e suporte por parte das equipes de saúde.

A comunicação clara, empática e honesta da equipe de saúde sobre a condição do paciente, o prognóstico e os objetivos do cuidado é fundamental para reduzir a ansiedade da família, evitar fantasias ou expectativas irreais e preparar todos para o processo de morte.

Quando uma família se vê diante do adoecimento grave e da iminência da morte de um de seus membros, algo profundo

se rompe na lógica cotidiana da vida. O tempo, que antes seguia seu curso quase imperceptível, passa a ser medido em consultas, exames, internações e silêncios. A doença não atinge apenas o corpo daquele que adocece; ela atravessa a família como um todo, reorganizando vínculos, papéis, afetos e expectativas de futuro.

O primeiro impacto costuma ser o da **ruptura**. A notícia do diagnóstico grave inaugura um período de incerteza que fragiliza as bases de segurança emocional da família. Surge o medo — da perda, do sofrimento, da incapacidade de cuidar, do que virá depois. Esse medo raramente é vivido de forma homogênea: cada membro reage a partir de sua história, de sua maturidade emocional e de sua relação com o doente. Alguns se aproximam, outros se retraem; alguns buscam informações incessantemente, outros evitam falar sobre a gravidade da situação. Ainda assim, todos são afetados.

À medida que a doença avança, a família entra em um processo de **adaptação forçada**. Papéis são redistribuídos: filhos tornam-se cuidadores, cônjuges assumem funções técnicas e emocionais para as quais nunca se prepararam, irmãos negociam responsabilidades e ausências. Essa reorganização, muitas vezes silenciosa, pode gerar tensões, ressentimentos e sentimentos de injustiça, especialmente quando o cuidado recai de forma desigual sobre um ou poucos membros. Ao mesmo tempo, pode emergir um sentimento profundo de solidariedade, de reconexão e de sentido compartilhado.

O **sofrimento psicossocial** da família não se limita ao cansaço físico do cuidar. Ele se manifesta na exaustão emocional, na ansiedade constante, na dificuldade de manter vínculos

sociais, no afastamento do trabalho e na instabilidade financeira. A vida vai se estreitando ao redor da doença, e o mundo externo passa a parecer distante ou irrelevante. Muitos familiares vivenciam culpa — por desejar descanso, por sentir raiva, por não conseguir oferecer mais, por imaginar um futuro sem o ente querido. Esses sentimentos, frequentemente não verbalizados, tornam-se fontes silenciosas de dor.

Concomitantemente, a família vive um **luto antecipatório**. Antes mesmo da morte, começa a despedida: da pessoa como ela era, da rotina compartilhada, dos planos que não se concretizarão. Cada perda funcional do doente — a fala, a autonomia, o reconhecimento — é experimentada como uma pequena morte simbólica. Esse processo pode ser profundamente solitário quando não há espaço para nomear o que está sendo perdido. Muitas famílias seguem “funcionando” enquanto, internamente, já estão em processo de luto.

No período que antecede a morte, intensificam-se os **conflitos emocionais e existenciais**. Há o desejo de prolongar a presença e, ao mesmo tempo, o anseio secreto de que o sofrimento termine. Há a esperança que persiste, mesmo quando a razão aponta para o fim. Há o medo da ausência definitiva e o terror do momento da morte. A família oscila entre querer estar presente e não suportar ver o sofrimento do outro. Essa ambivalência é humana, legítima e profundamente dolorosa.

A morte, quando acontece, não encerra abruptamente esse processo. Ela inaugura uma nova etapa, marcada por **reorganização, silêncio e memória**. O luto da família carrega a história do adoecimento: mortes precedidas por sofrimento

intenso, conflitos não resolvidos ou comunicação inadequada tendem a deixar marcas mais profundas. Por outro lado, quando há possibilidade de presença, despedida, escuta e cuidado, o luto, embora doloroso, pode ser vivido de forma mais integrada e menos traumática.

Enfrentar o adoecimento e a morte de um familiar é, para a família, uma experiência transformadora. Ela expõe fragilidades, mas também revela forças insuspeitas. Obriga a confrontar limites, finitude e perdas, ao mesmo tempo em que pode aprofundar vínculos, ressignificar prioridades e dar novo sentido às relações. Reconhecer e acolher os aspectos psicossociais desse processo não é apenas um gesto de sensibilidade, mas um compromisso ético com a dignidade humana — daqueles que partem e daqueles que permanecem.

Impacto Emocional da Terminalidade na Família

A proximidade da morte de um ente querido desencadeia uma série de respostas emocionais intensas, complexas e dinâmicas, como:

- Medo: da perda, do sofrimento do paciente, da própria morte e do futuro.

- Angústia: pela impotência diante da irreversibilidade da doença.

- Culpa: tanto por situações passadas não resolvidas quanto pela percepção de não estar fazendo o suficiente.

- Tristeza profunda: relacionada à antecipação da perda (luto antecipatório).

- Negação: dificuldade em aceitar a terminalidade, frequentemente associada à esperança de reversão, mesmo que irreal.
- Raiva: direcionada à doença, aos profissionais, a si mesmo ou até ao próprio paciente.
- Ansiedade: frente à incerteza, à evolução clínica e às responsabilidades que recaem sobre os familiares.

O Estresse do Cuidador Familiar

O papel de cuidador informal, geralmente assumido por cônjuges, filhos ou outros parentes próximos, é uma fonte significativa de sobrecarga física, emocional e social.

A realização de cuidados diretos, muitas vezes sem preparo técnico gera ansiedade, além de desgaste físico. Cuidar de indivíduos adultos e idosos geram mais trabalho e demandam mais tempo que com crianças, seja pelas limitações motoras dos pacientes, peso e posição. É frequente idosos apresentarem agitação e inversão do ciclo sono vigília, gerando privação do sono e exaustão por parte do cuidador.

Além disto, há um comprometimento da vida pessoal e profissional, com afastamento de atividades sociais, hobbies e até do trabalho formal, gerando solidão, angústias e depressão, sem poder deixar de citar também os conflitos familiares que podem vir, como divergências de cuidados e decisões terapêuticas, além de responsabilidade na divisão das tarefas, responsabilidades e negligências possíveis de familiares no mesmo grau parentesco, tanto no período do cuidado como após a morte..

Do ponto de vista emocional, ainda há o fato de testemunhar o sofrimento do paciente e enfrentar sua própria angústia frente à morte, sentindo-se impotente diante disto.

A síndrome do estresse do cuidador é uma entidade que, apesar de ser muito frequente, acaba sendo muitas vezes negligenciada pelos profissionais e pela família, pois o foco está muito voltado ao paciente. Ela é caracterizada por sintomas de ansiedade, depressão, transtornos do sono, queixas somáticas (fadiga, dores musculares, cefaléia, ganho ou perda de peso), isolamento social, instabilidade e exaustão emocional.

Desafios Emocionais da Família Frente à Morte:

Ambivalência: desejo de que o sofrimento do paciente cesse, mas também o desejo de sua permanência.

Luto antecipatório: processo psicológico que começa antes da morte física, onde familiares vivenciam a perda iminente, experimentando tristeza, desânimo e até sintomas físicos de luto.

Dificuldade em "deixar ir": muitas vezes associada a crenças culturais, espirituais ou sentimentos de dependência emocional.

Necessidade de fechamento: oportunidade de despedidas, resolução de conflitos, expressão de amor, perdão e gratidão.

O Processo de Luto

O luto é uma reação natural, psicológica, emocional, social e até física à perda de um ente querido. É um processo, não um evento, que envolve adaptação à ausência do ser amado e reorganização da vida pessoal e familiar.

As fases de luto presenciadas pelos familiares não são lineares, podendo não ocorrer todas:

Negação: recusa inconsciente da realidade da perda.

Raiva: sentimento de revolta, busca por culpados (Deus, médicos, si mesmo, o falecido).

Negociação ou Barganha: tentativa de buscar formas mágicas ou simbólicas de reversão ("Se eu tivesse...").

Depressão: tristeza profunda, sentimento de vazio, desesperança.

Aceitação: reconhecimento da realidade da perda e início da reorganização da vida.

Além destas situações citadas acima, o luto pode ser mais complicado se houver relação altamente dependente com o falecido, perdas múltiplas prévias não elaboradas, conflitos familiares não resolvidos, falta de rede de apoio, foram cuidadores que viveram altos níveis de estresse e exaustão ou as circunstâncias traumáticas da morte.

A EQUIPE

Segundo a OMS, a prática dos CP deve ser interdisciplinar, envolvendo uma equipe capacitada, comunicativa e articulada,

que atenda às dimensões física, emocional, social e espiritual da pessoa doente.

A seguir, são descritos os papéis e funções de cada profissional envolvido na assistência paliativa.

Tendo o paciente múltiplas demandas, os profissionais devem ter uma boa comunicação entre si, a fim de chegarem às melhores opções terapêuticas ao paciente e sua família.

Médico:

O médico é responsável por coordenar o plano terapêutico, avaliar e manejar sintomas complexos, promover comunicação clara com o paciente e a família e tomar decisões clínicas éticas e proporcionais ao contexto.

Principais atribuições:

- Avaliar clinicamente o paciente em todas as dimensões.

Enfermeiro

O enfermeiro tem papel fundamental na avaliação contínua do paciente, na execução de planos de cuidados e na educação da família e cuidadores, sendo o elo constante entre o paciente e o restante da equipe.

Funções essenciais:

- Avaliação de sintomas e escalas funcionais (ex.: PPS, ESAS).
- Planejamento de cuidados de enfermagem individualizados.

- Administração segura de medicamentos, incluindo via SC.
- Cuidados com feridas, higiene, prevenção de úlceras de pressão.
- Apoio emocional durante crises agudas.
- Orientação à família sobre sinais de morte iminente.
- Atuação ativa em cuidados no domicílio e unidades de internação.

Técnico de Enfermagem:

Responsável por executar os cuidados diretos prescritos pela equipe de enfermagem, o técnico está na linha de frente do cuidado contínuo.

Atribuições principais:

- Higiene corporal, troca de fraldas e curativos.
- Administração de medicamentos sob supervisão.
- Auxílio na mobilização, alimentação e conforto físico.
- Observação de sinais de sofrimento ou alterações clínicas.
- Apoio humanizado e escuta qualificada ao paciente e à família.

Psicólogo:

O psicólogo atua na escuta das dores emocionais, no enfrentamento do adoecimento, do processo de morrer e no luto. Seu trabalho é voltado ao paciente, família e equipe.

Principais papéis:

- Avaliação do sofrimento psicológico (ansiedade, depressão, medo).
- Intervenções breves, de suporte e de resignificação do sofrimento.
- Promoção de estratégias de enfrentamento adaptativas.
- Apoio ao luto antecipatório e enlutamento pós-perda.
- Facilitação do diálogo familiar e resolução de conflitos.
- Cuidado com a saúde mental da equipe (ex: supervisão, escuta).

Assistente Social:

É peça chave na mediação entre equipe, paciente e rede de apoio social, especialmente em relação a direitos sociais e suporte à vulnerabilidade.

Responsabilidades:

- Avaliação das condições socioeconômicas e suporte familiar.
- Encaminhamento a programas assistenciais (benefícios, curadorias).
- Organização de recursos para alta domiciliar ou internação prolongada.
- Apoio em decisões ético-legais e organização de rede de suporte.
-

Nutricionista:

O nutricionista atua de forma individualizada para promover conforto, prazer alimentar e adaptação nutricional, respeitando os limites clínicos e os objetivos de cuidado.

Atuação especializada:

- Avaliação do estado nutricional e prescrição dietética adequada.
- Manejo de disfagia, anorexia, náuseas, constipação e caquexia.
- Sugestões alimentares culturalmente sensíveis e palatáveis.
- Intervenção em casos de alimentação por sonda ou decisão de suspensão, promovendo opções para dieta de conforto.

Fonoaudiólogo:

O fonoaudiólogo tem papel relevante em casos de disfagia, disartria e dificuldade de comunicação, especialmente em doenças neurológicas ou oncológicas avançadas.

Funções clínicas:

- Avaliação funcional da deglutição e comunicação.
- Indicação de consistência alimentar segura.
- Técnicas para evitar broncoaspiração e melhorar alimentação.
- Apoio à comunicação alternativa (quadros, gestos, aparelhos).

Fisioterapeuta:

A fisioterapia em CP visa aliviar sintomas, preservar a função e promover bem-estar, e não apenas reabilitar.

Principais ações:

- Controle de dispneia com técnicas respiratórias.
- Mobilização e prevenção de complicações da imobilidade.
- Manutenção da autonomia para atividades básicas.
- Redução de dor por terapias físicas
- Educação da família para manobras de conforto em casa.

Terapeuta Ocupacional:

O terapeuta ocupacional promove autonomia, significado e funcionalidade, mesmo em fases avançadas da doença.

Abordagens utilizadas:

- Adaptação de tarefas e ambientes para maior independência.
- Estratégias para resgatar papéis sociais e ocupacionais.
- Estímulo à criatividade, espiritualidade e expressão.
- Técnicas de relaxamento, ludoterapia e atividades de vida diária.

Odontólogo:

O profissional de odontologia atua no controle da dor orofacial, higiene e manutenção da dignidade oral, fundamentais para conforto e qualidade de vida.

Responsabilidades:

- Prevenção e tratamento de estomatites, xerostomia, halitose.
- Cuidados com próteses e higiene bucal.
- Alívio de dor odontogênica.
- Educação da família sobre cuidados orais no paciente acamado.

Capelão / Acompanhamento Espiritual:

O apoio espiritual é essencial nos CP e deve respeitar as crenças e valores individuais.

Papel do capelão:

- Acolher angústias existenciais e espirituais.
- Promover rituais religiosos se desejados.
- Trabalhar o perdão, a reconciliação e o sentido da vida.
- Acompanhar familiares em sofrimento espiritual e luto.

Importante: apoio espiritual não está restrito à religião — é também uma abordagem existencial.

Farmacêutico:

O farmacêutico clínico atua na segurança do uso de medicamentos, ajustes de dose e vias alternativas, especialmente quando há polifarmácia e uso off-label.

Atividades principais:

- Análise de interações medicamentosas e ajuste em função hepática/renal.
- Recomendação de medicamentos compatíveis para hipodermóclise.
- Organização de esquemas domiciliares de controle de sintomas.
- Educação da equipe e da família sobre uso seguro dos fármacos.

Educador Físico

Quando presente, atua na manutenção da mobilidade, melhora do humor e estímulo funcional, em articulação com fisioterapia e terapia ocupacional, através de propostas de exercícios leves adaptados, estímulo à movimentação ativa e postura funcional, além de participação em atividades lúdicas e sociais e promoção do bem-estar físico e emocional.

Cuidadores:

Podem ser profissionais contratados ou familiares treinados, e são os executores diretos do cuidado diário, especialmente no domicílio.

Funções centrais:

- Auxiliar em alimentação, higiene, medicação e conforto.
- Observar sinais de sofrimento e comunicar à equipe.
- Promover acolhimento emocional e presença constante.
- Colaborar com o planejamento da rotina e do ambiente domiciliar.

Familiares:

Os familiares são parte integrante da equipe. Têm papel afetivo, decisório e, muitas vezes, de cuidador informal.

Importância:

- Participar de decisões compartilhadas.
- Representar a vontade do paciente quando ele perde a autonomia.
- Receber apoio para enfrentamento do luto antecipatório.
- Ser acolhido com dignidade, escuta e suporte, mesmo após a morte do ente querido.

LOCAL DE MORTE

A escolha do local de morte para pacientes em fase de finitude é uma decisão complexa, envolvendo aspectos clínicos, sociais, culturais e logísticos. Em CP, assegurar o conforto,

dignidade e suporte adequado é prioridade, independentemente do local. Os principais locais são: domicílio, hospital, instituições de longa permanência (ILPI), hospices e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Cada um apresenta características específicas que influenciam o processo de morrer e o cuidado ao paciente e familiares.

Domicílio:

Benefícios:

- Conforto emocional e familiar: Permanecer em ambiente familiar, com contato próximo de entes queridos, permite acolhimento afetivo.
- Autonomia e controle: Pacientes e famílias têm maior controle sobre o ambiente e rotina.
- Redução de intervenções invasivas: Menor exposição a procedimentos hospitalares desnecessários.
- Custo reduzido: Para o sistema de saúde, o cuidado domiciliar pode ser mais econômico.
- Preferência expressa: A maioria dos pacientes deseja morrer em casa.

Vantagens para o cuidado

- Cuidado personalizado e centrado na família.
- Possibilidade de cuidados humanizados e integrados, com equipes multidisciplinares em home care.
 - Ambiente menos técnico e mais acolhedor.

Desvantagens e dificuldades:

- Demanda intensa da família e cuidadores, com sobrecarga emocional e física.
- Necessidade de suporte domiciliar especializado, nem sempre disponível.
- Limitações para manejo de sintomas agudos graves e emergências.
- Restrição de equipamentos e medicamentos, especialmente opioides e dispositivos médicos.
- Desafios para intervenções técnicas como oxigenoterapia, hidratação intravenosa e ventilação mecânica não invasiva.

Hospital

Benefícios

- Acesso rápido a recursos diagnósticos e terapêuticos.
- Presença de equipes multiprofissionais especializadas e tecnologia disponível.
- Ambiente com monitorização constante para pacientes com sintomas instáveis.
- Possibilidade de intervenções emergenciais.

Vantagens para o cuidado

- Cuidados complexos e integrados.
- Possibilidade de manejo de sintomas difíceis com fármacos e suporte avançado.
- Educação e suporte para família durante a internação.

Desvantagens e dificuldades

- Ambiente hospitalar pode ser impessoal, barulhento e estressante.
- Maior risco de intervenções invasivas desnecessárias, prolongando sofrimento.
- Possível alienação familiar, restrições de visitação e privacidade limitada.
- Risco de desumanização e institucionalização da morte.
- Custos elevados para o sistema.

Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

Benefícios

- Ambiente residencial com cuidados continuados para idosos e pacientes crônicos.
- Presenç a de equipe de enfermagem e assistência cotidiana.
- Contato social e suporte comunitário com outros residentes.
- Possibilidade de evitar internações hospitalares frequentes.

Vantagens para o cuidado

- Rotina organizada e previsível para pacientes fragilizados.
- Acompanhamento regular e cuidado prolongado.

- Ambiente menos técnico que hospitais, mais próximo do domicílio.

Desvantagens e dificuldades

- Nem sempre contam com equipe especializada em CP.
- Recursos limitados para manejo de sintomas agudos ou complexos.
- Nem todos têm capacitação para suporte emocional e espiritual intensivos.
- Estrutura e suporte podem variar muito entre instituições.
- Família pode se sentir afastada do cuidado efetivo.

Hospice

Benefícios

- Ambiente dedicado exclusivamente aos CP.
- Equipe multiprofissional especializada, com foco em conforto, qualidade de vida e suporte integral.
- Possibilidade de manejo intensivo de sintomas com humanização.
- Suporte psicológico, social e espiritual estruturado para pacientes e familiares.
- Ambiente acolhedor, íntimo e controlado.

Vantagens para o cuidado

- Estrutura adaptada para necessidades de pacientes terminais.

- Protocolos e rotinas específicas para fim de vida.
- Apoio sistematizado para familiares e cuidadores.
- Possibilidade de morrer com dignidade e conforto.

Desvantagens e dificuldades

- Pouca disponibilidade no Brasil; modelo ainda em expansão.
- Acesso restrito, muitas vezes limitado a pacientes oncológicos.
- Questões culturais e desconhecimento podem dificultar a aceitação.
- Pode ser necessário deslocamento, afastando paciente do convívio familiar habitual.

Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Um paciente que está recebendo CP pode ter indicação de internação em UTI quando as ações que serão praticadas ali gerarão benefício de sobrevida com qualidade de vida e não apenas para instalação de medidas que se tornam fúteis ou distanásia porque os profissionais se sentem inseguros ou não souberam dialogar com o paciente ou seu familiares.

A utilização de um leito de UTI, na maioria das vezes, é contraindicada em pacientes recebendo CP, pois estes podem ser feitos excelentemente em leitos de enfermaria, estando com equipe capacitada para tal e paciente juntamente com seus familiares seguros.

Os benefícios de uma UTI, na grande maioria das vezes, são contrários aos princípios dos CP, principalmente nos

pacientes em fase final de vida. A monitorização contínua, os recursos tecnológicos avançados, ventilação mecânica e controle rigoroso hemodinâmico podem ser apenas futilidade terapêutica e motivo de angústia para o paciente que está em finitude.

Porém, cabe sempre dizer que o paciente que está sob Cuidados Paliativos não obrigatoriamente esteja na fase de finitude, e que muitas doenças crônicas ou terminais têm curso longo e que intercorrências reversíveis clínicas ou cirúrgicas devem ser adotadas se trarão benefício para o paciente, independente se o paciente precisar ficar internado em leito de enfermaria ou em UTI.

É comum que os acadêmicos e médicos, ao lerem temas sobre CP, pensem sempre no paciente que esteja morrendo, sem recordarem que CP já podem ser instalados durante o curso da terapêutica modificadora de doença, desde o diagnóstico como durante todo o percurso da vida.

Vantagens para o cuidado

- Intervenções emergenciais e suporte avançado.
- Possibilidade de reversão parcial da condição clínica em alguns casos.

Desvantagens e dificuldades

- Ambiente altamente tecnológico, barulhento, impessoal e estressante.
- Frequentemente associado a intervenções invasivas que podem prolongar sofrimento.

- Raramente permite privacidade e intimidade familiar.
- Custo elevado, alta demanda de recursos humanos e materiais.
- Dificuldade para adequação do CP integral, salvo em UTIs com equipe de CP.
- Pode gerar dilemas éticos quanto a limitação de tratamentos fúteis.

A decisão sobre o local de morte deve ser individualizada, considerando as preferências do paciente e familiares, o quadro clínico, a disponibilidade de recursos e a infraestrutura local. A qualidade do CP não depende exclusivamente do ambiente, mas da abordagem integrada, humanizada e centrada nas necessidades do paciente.

Em geral:

O domicílio é preferido pela maioria, oferecendo conforto e proximidade afetiva, mas demanda suporte adequado.

O hospital é indicado para manejo de sintomas agudos ou instabilidade clínica.

As ILPIs são opções para pacientes fragilizados que não podem permanecer em casa, mas nem sempre com recursos especializados.

Os hospices representam o modelo ideal de CP dedicado, porém com oferta limitada no Brasil.

A UTI deve ser reservada para situações específicas, evitando-se prolongar tratamentos invasivos quando

incompatíveis com a abordagem paliativa sendo, na maioria das vezes, desaconselhado para pacientes em CP.

DESOSPITALIZAÇÃO NO CONTEXTO DOS CP

A desospitalização representa uma estratégia clínica, ética e organizacional fundamental na contemporaneidade da medicina centrada no paciente. Envolve a transição planejada e segura do cuidado do ambiente hospitalar para outros cenários, especialmente o domicílio, instituições de longa permanência, unidades de internação domiciliar ou cuidados continuados. Este processo busca alinhar os objetivos terapêuticos às reais necessidades e preferências do paciente em situação de doença avançada, crônica e/ou terminal.

A lógica da desospitalização rompe com o modelo biomédico curativista, valorizando o protagonismo do paciente, a humanização do cuidado e a integralidade da atenção. Quando bem estruturada, essa estratégia evita internações fúteis, melhora a qualidade de vida e racionaliza recursos em sistemas de saúde frequentemente sobrecarregados.

A desospitalização é definida como o processo de alta programada e estruturada de um paciente hospitalizado, com previsão de continuidade assistencial em outro nível de atenção, sobretudo em ambiente domiciliar. Em CP, ela visa garantir a continuidade do cuidado focado no conforto, controle de sintomas e apoio psicossocial e espiritual.

A preparação à desospitalização inicia-se já na admissão hospitalar. Deve o profissional conversar com o paciente e seus

familiares sobre o objetivo e necessidades da internação, assim como do retorno ao domicílio ou instituição de longa permanência. É fundamental um planejamento desta transição e da segurança da alta do paciente, com a estrutura domiciliar para cuidados, assim como a emocional dos familiares e pacientes, preparadas para tal.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), CP devem ser oferecidos em todos os níveis de atenção e precocemente integrados ao tratamento de doenças ameaçadoras da vida. Nesse cenário, a permanência hospitalar prolongada pode representar sofrimento evitável, riscos iatrogênicos e desrespeito às preferências dos pacientes.

Indicações para Desospitalização em Cuidados Paliativos

As principais indicações incluem:

Estabilização clínica do paciente

Controle adequado dos sintomas refratários (dor, dispneia, náuseas, delirium etc.).

Condição estável para manejo domiciliar com suporte adequado.

Desejo explícito do paciente e/ou familiares

Expressão de vontade de passar o tempo restante de vida em casa.

Respeito ao princípio da autonomia.

Impossibilidade ou futilidade terapêutica hospitalar

Situações de irreversibilidade e progressão inexorável da doença.

Ausência de perspectiva curativa ou modificadora de doença.

Condições logísticas e familiares favoráveis

Rede de apoio familiar funcional e disponível.

Equipe de atenção domiciliar qualificada ou acesso a Unidade de Cuidados Paliativos.

Alta hospitalar humanizada

Promoção de uma morte digna no local preferido do paciente, com controle de sofrimento e apoio emocional.

Importância da Desospitalização em Paliativos

A internação prolongada muitas vezes impede que o paciente exerça sua autonomia e viva com dignidade os últimos dias de vida. A desospitalização possibilita escolhas mais alinhadas com os valores e crenças da pessoa.

Estar em casa proporciona maior conforto emocional, privacidade, convivência com entes queridos e controle ambiental.

Evita infecções nosocomiais, quedas, delirium induzido por ambiente hostil, imobilização prolongada e polifarmácia.

Sendo o hospital principalmente destinado a terapêuticas de situações agudas, associado a superlotação de setores de Emergências e falta de leitos, a desospitalização de um paciente, independente de estar em CP ou não, viabiliza rotatividade de

leitos, menores custos e promoção assistencial a maior número de pessoas.

Vantagens e Desvantagens da Desospitalização

Vantagens

- Maior sensação de controle sobre o ambiente.
- Redução do sofrimento psíquico e espiritual.
- Possibilidade de morrer em casa, cercado pela família.
- Menor exposição a intervenções fúteis.

Desvantagens e Desafios da Desospitalização

Apesar de seus benefícios, o processo pode apresentar limitações:

-Infraestrutura inadequada no domicílio: Falta de ambiente apropriado para manejo de sintomas complexos, barreiras arquitetônicas e falta de estrutura adequada, como camas elevadas e banheiros adaptados.

- Sobrecarregamento do cuidador familiar, que se vê sozinho ou sem amparo profissional, gerando exaustão física e emocional. Além disto, pode ter medo da morte em casa e da responsabilidade pelo cuidado.

- Dificuldade de acesso a equipe de saúde capacitada: Defasagem na cobertura de equipes de cuidados paliativos domiciliares.

-Falta de treinamentos em cuidados de fim de vida para profissionais da atenção básica.

-Problemas de comunicação entre serviços, com transição mal coordenada entre hospital, unidade básica e atenção domiciliar.

- Dificuldade de acesso a medicamentos paliativos e dispositivos (ex: opioides, hipodermóclise, etc)

-Dúvidas sobre o manejo de intercorrências e como proceder em caso de morte domiciliar.

- Insegurança no momento da morte: dificuldade de remoção do corpo, presença do corpo no domicílio, preenchimento da Declaração de Óbito.

Processo de Planejamento da Desospitalização

A desospitalização deve ser cuidadosamente planejada e envolver:

Discussão antecipada de planos de cuidado:

Planejamento antecipado de decisões (PAD), diretivas antecipadas de vontade (DAV) e comunicação clara com a família. Eu sempre digo que a desospitalização já se começa a ser discutida e planejada na admissão e que a hospitalização precisa de um consenso entre os três principais pilares envolvidos: o médico, o paciente e os familiares. Todos precisam estar de acordo e seguros de que isto é o melhor para o paciente.

Avaliação de rede de apoio

Presença de cuidadores disponíveis e capazes.

Avaliação do suporte comunitário.

Capacitação dos cuidadores

Treinamento básico em cuidados paliativos: manejo de sintomas, administração de medicamentos, sinais de agravamento.

Prescrição clara e simplificada

- Esquemas de medicamentos para via oral e subcutânea.
- Dispositivos e equipamentos padronizados.

Estruturação do plano de seguimento

- Visitas domiciliares agendadas.
- Canal de comunicação direta com equipe assistencial (telefone, WhatsApp, etc.).
- Instruções sobre o que fazer em caso de óbito.

Papel da Interdisciplinaridade

A desospitalização requer envolvimento de toda a equipe:

Médico: definição de plano terapêutico e prescrição.

Enfermeiro: coordenação do cuidado e manejo clínico.

Fisioterapeuta e terapeuta ocupacional: avaliação do ambiente e funcionalidade.

Psicólogo e assistente social: apoio emocional e organização social.

Farmacêutico: compatibilidade de fármacos e formas de administração seguras.

Capelão: amparo espiritual.

Familiares e cuidadores: promoção da assistência, conforto e cuidados.

TELEMEDICINA

A telemedicina tem se consolidado como uma ferramenta indispensável para o cuidado em saúde no século XXI, especialmente no contexto dos CP, onde a comunicação contínua, o alívio do sofrimento e a tomada de decisões compartilhadas são fundamentais. A integração da telemedicina nesse campo tem potencial para ampliar o acesso, otimizar recursos, garantir conforto e humanização, mesmo à distância.

A telemedicina refere-se ao uso das tecnologias da informação e comunicação (TICs) para prestar serviços de saúde a distância. No Brasil, é regulamentada pela Resolução CFM nº 2.314/2022. Nos CP a telemedicina pode ser usada para avaliações clínicas, seguimento, manejo de sintomas, educação em saúde e suporte a familiares e cuidadores.

Ela não substitui a presença física nos CP, mas representa uma extensão valiosa e humanizadora da assistência. Quando bem utilizada, contribui para o cuidado integral e contínuo, respeitando os valores, desejos e necessidades dos pacientes e famílias.

O uso da telemedicina nesse contexto é orientado por princípios como:

- Respeito à autonomia do paciente;
- Humanização do cuidado, mesmo virtualmente;
- Equidade e acessibilidade;
- Garantia da confidencialidade e da ética profissional;
- Continuidade da assistência.

Aplicações clínicas da telemedicina em cuidados paliativos

A literatura descreve diversas formas de aplicação da telemedicina em cuidados paliativos. Entre as principais, destacam-se:

Avaliação e manejo de sintomas

Por meio de videochamadas ou consultas telefônicas, é possível monitorar sintomas como dor, dispneia, náuseas, fadiga e ansiedade. Escalas como Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) podem ser aplicadas remotamente com boa confiabilidade.

Estudos mostram que a telemedicina é eficaz no controle sintomático em domicílio, reduzindo internações desnecessárias. Um exemplo é o estudo de Calton et al. (2020), que demonstrou redução de 33% nas idas ao pronto-socorro com acompanhamento remoto.

Planejamento antecipado de cuidados (PAC)

A telemedicina é útil para discutir diretivas antecipadas de vontade, preferências de local de morte e definição de metas terapêuticas, especialmente quando a presença física da equipe é inviável.

Suporte a cuidadores e família

Permite educação em saúde, apoio psicológico e orientações práticas sobre manejo de sintomas, higiene,

nutrição e administração de medicamentos, especialmente quando o cuidador é leigo.

Tomada de decisão compartilhada

Facilita reuniões interdisciplinares com a participação do paciente, familiares e equipe, promovendo o consenso sobre o plano de cuidados, mesmo com participantes em locais distintos. Muito útil para reuniões familiares, quando cada membro mora em casas ou cidades diferentes, para que o profissional possa conversar com todos de uma vez só e que todos tirem suas dúvidas juntos e façam as decisões concomitantemente.

Acompanhamento interdisciplinar remoto

A telemedicina viabiliza a atuação conjunta de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e capelães, em um modelo de cuidado colaborativo, centrado no paciente.

Conforto e alívio do deslocamento

Evita idas desnecessárias a hospitais, o que é particularmente importante para pacientes frágeis ou em fase final de vida.

Limitações e desafios

Apesar dos benefícios, há obstáculos que precisam ser considerados:

Limitações tecnológicas

Nem todos os pacientes têm acesso a internet de qualidade, dispositivos adequados ou habilidade para utilizar ferramentas digitais.

Relação médico/profissional-paciente

A ausência do contato físico pode limitar a construção de vínculo terapêutico e dificultar a avaliação de sinais clínicos sutis.

Limitações legais e burocráticas

Em alguns contextos, as normas para prescrição eletrônica, assinatura digital ou acesso remoto ao prontuário ainda são obstáculos à prática fluida da telemedicina. Na grande maioria dos locais, receitas de benzodiazepínicos e opioides não podem ser prescritas por telemedicina e enviadas por email para poderem ser adquiridas.

Aspectos éticos e legais

No Brasil, conforme o CFM, o atendimento por telemedicina deve contar com consentimento livre e esclarecido, com registro adequado em prontuário e sigilo das informações. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) também regulamenta a segurança da informação em saúde.

Evidências científicas

A American Academy of Hospice and Palliative Medicine (AAHPM) e a European Association for Palliative Care (EAPC)

reconhecem o papel da telemedicina como complemento valioso ao cuidado presencial.

Um estudo multicêntrico de Steindal et al. (2021), publicado na Palliative Medicine, mostrou que a telemedicina foi eficaz em prover cuidados paliativos domiciliares durante a pandemia de COVID-19, com altos índices de satisfação dos pacientes e familiares.

Outro estudo importante, o projeto ENABLE, nos EUA, demonstrou que intervenções paliativas por telefone e vídeo melhoraram a qualidade de vida, reduziram depressão e prolongaram sobrevida em alguns contextos, como em pacientes com câncer avançado.

CP NA PRÁTICA: AVALIAÇÃO E MANEJO

AVALIAÇÃO CLÍNICA EM CP: escalas e a "pergunta surpresa"

Para tanto um CP eficaz é essencial que o médico saiba avaliar o paciente com olhar paliativo, integrando critérios clínicos, escalas funcionais, avaliações subjetivas e ferramentas preditivas. As diversas escalas, além da pergunta surpresa, norteiam para ações e avaliações, porém jamais devem ser interpretadas isoladas. Eu sempre digo que toda a escala só é válida se ela confirmar o que estamos avaliando e vendo no paciente que está na nossa frente.

A “Pergunta Surpresa” (Surprise Question)

A Surprise Question (PS) é uma ferramenta de triagem simples e validada utilizada para refletir sobre o prognóstico e estimular a identificação precoce de pacientes que se beneficiariam de CP.

Pergunta: *"Eu me surpreenderia se este paciente morresse nos próximos 12 meses?"*

Se a resposta for “Não”, então é um sinal de alerta para início de abordagem paliativa, avaliação funcional e discussão precoce de metas de cuidado com paciente e seus familiares.

Vantagens:

- Simples, subjetiva, porém baseada em julgamento clínico.
- Alta sensibilidade para identificação de pacientes com prognóstico limitado.
- Estimula reflexão sobre trajetórias de doença e planejamento de cuidado.

Limitações:

- Depende da experiência do profissional.
- Baixa especificidade isoladamente; deve ser complementada com avaliações estruturadas.

Quando considerar CP?

Segundo os critérios internacionais (Gold Standards Framework, SPICT, NECPAL), os pacientes elegíveis para avaliação em CP são aqueles que apresentam:

- Doença crônica, progressiva, avançada e irreversível.
- Risco de morte no próximo ano.

- Declínio funcional progressivo.
- Sintomas refratários ao tratamento curativo.
- Internações repetidas ou complicações frequentes.
- Demanda crescente de cuidados.

ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)

Utilizada para avaliação de funcionalidade em pacientes com câncer.

- 0 Ativo, sem limitações
- 1 Atividade restrita, mas ambulante
- 2 Deambula, mas incapaz de trabalhar
- 3 Limitado à cama > 50% do tempo
- 4 Totalmente acamado

Palliative Performance Scale (PPS)

Aplicações clínicas:

PPS < 50% → necessidade de CP ativo.

PPS < 30% → alto risco de morte em semanas.

Útil para decisão de intervenções, via alimentar, local de cuidado.

Escala que avalia a performance funcional e prognóstico em pacientes com doenças crônicas, principalmente oncológicas e geriátricas.

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingesta	Nível de consciência
100	Completa	Atividades e trabalho normais, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividades e trabalho normais, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividades normais com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para hobbies ou trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou acamado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma +/- confusão
0	Morte				

Karnofsky Performance Status (KPS)

100%	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença
90%	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço
80%	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço
70%	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar
60%	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40%	Necessita de cuidados médicos especiais
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte
20%	Muito doente, necessita de suporte
10%	Moribundo, morte iminente

Escala prognóstica usada principalmente em oncologia e Geriatria, variando de 100 (normal) a 0 (morte).

KPS \leq 50% \rightarrow incapacidade significativa, necessidade de CP contínuos.

Escala de Edmonton revisada

Escala validada para avaliação multidimensional de sintomas comuns, especialmente no câncer, mas também aplicável a outras doenças avançadas, assim como em pacientes geriátricos. Permite monitorar resposta terapêutica e priorizar intervenções.

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (EAS-r)

Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

IPOS (Integrated Palliative Care Outcome Scale)

Instrumento mais abrangente que considera sintomas físicos, sofrimento psicológico, necessidades de informação, apoio espiritual e social, podendo ser atuoadministrado pelo paciente ou aplicado pelo profissional. Em diversas línguas, foi adaptada ao Brasil por Fernanda R. Correia , podendo ser acessado em [CORREIA](#)

Avaliação Espiritual e Psicossocial

FICA (Faith, Importance, Community, Address): modelo de avaliação espiritual. Para acessar, clique aqui: [FICA](#)

Avaliação psicossocial estruturada: vínculos, conflitos, rede de apoio, luto antecipatório.

Importância do cuidado espiritual e psicológico integrado.

PPI (Palliative Prognostic Index): usa PPS + sintomas clínicos (dispneia, anorexia, edema, delirium).

Pode ser acessada para calcular no link: [PPI CALCULADORA](#)

NECPAL (instrumento espanhol adaptado ao Brasil): cruza a pergunta surpresa com marcadores clínicos. NECPAL é um instrumento de avaliação que ajuda a identificar pacientes com doenças graves que podem se beneficiar de CP. Ele não é uma ferramenta de diagnóstico, mas sim um instrumento de apoio para a tomada de decisão clínica. O NECPAL considera diversos fatores, incluindo:

Declínio funcional: Perda de capacidade para realizar atividades diárias.

Comorbidades: Presença de múltiplas doenças simultaneamente.

Síndromes geriátricas: Condições específicas da idade avançada, como fragilidade e sarcopenia.

Necessidades de cuidado: Avaliação da intensidade e complexidade dos cuidados necessários.

Indicadores de gravidade: Sinais de progressão da doença e risco de mortalidade.

Score de Hurria para toxicidade quimioterápica em Idosos

Em idosos portadores de neoplasia, utilizar o Score de Hurria para avaliar o risco de toxicidade a quimioterápicos auxilia na decisão de se iniciar ou não tratamento quimioterápico, o qual pode ser mais maléfico que a própria evolução da doença. Para acessar este score: [HURRIA](#)

SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool)

Lista de indicadores clínicos de deterioração (p.ex. falência orgânica, caquexia, internações repetidas).

Não é uma escala numérica, mas uma ferramenta de triagem baseada em critérios clínicos.

Utilizada em ambientes não oncológicos, como doenças cardíacas, respiratórias e neurológicas avançadas.

Para melhor visualização, acesse: <http://www.spict.org.uk/the-spict/brazil/>



THE UNIVERSITY
of EDINBURGH

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPIC-T-BR™)

NHS
SCOTLAND

O SPIC-T™ é utilizado para ajudar a identificar pessoas cuja saúde está deteriorando. Avalie quanto às necessidades de suporte e cuidados paliativos não atendidas. Plano de cuidados.

Procure por indicadores gerais de saúde em deterioração.

- Internação(ões) hospitalar(es) não programada(s).
- Declínio funcional progressivo com limitada reversibilidade. (Ex.: A pessoa permanece na cama ou numa cadeira mais da metade do tempo).
- A pessoa depende de outros para cuidados pessoais devido ao aumento de problemas físicos e/ou de saúde mental. O cuidador necessita de mais ajuda e suporte.
- Perda de peso progressiva; permanece abaixo do peso; baixa massa muscular.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado da(s) condição(ões) de base.
- A pessoa (ou a família) solicita cuidados paliativos; opta por reduzir, parar ou não fazer o tratamento; ou deseja focar na qualidade de vida.

Procure por indicadores clínicos de uma ou mais condições de saúde que limitam a vida.

Câncer

Capacidade funcional em declínio devido à progressão do câncer.

Muito debilitado(a) para o tratamento do câncer ou o tratamento tem finalidade de controle dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.

Comendo e bebendo menos; dificuldade com a deglutição.

Incontinência urinária e fecal.

Incapaz de se comunicar através da fala; pouca interação social.

Quedas frequentes; fratura de fêmur.

Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.

Doença neurológica

Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.

Problema de fala com dificuldade crescente de comunicação e/ou dificuldade progressiva de deglutição.

Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.

Paralisia persistente após acidente vascular cerebral com perda significativa da funcionalidade e incapacidade contínua.

Doença cardiovascular

Insuficiência cardíaca ou doença arterial coronária extensa, refratárias ao tratamento otimizado; com falta de ar ou dor no peito em repouso ou ao mínimo esforço.

Doença vascular periférica grave, inoperável.

Doença respiratória

Doença pulmonar crônica grave; com falta de ar em repouso ou ao mínimo esforço entre as exacerbações.

Hipóxia persistente que necessita de oxigenioterapia contínua.

Já precisou de ventilação invasiva para insuficiência respiratória ou a intubação orotraqueal é contraindicada.

Outras condições

Deterioração com outras condições, múltiplas condições e/ou complicações irreversíveis; o melhor tratamento disponível resulta em um desfecho desfavorável.

Doença renal

Estágios 4 ou 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com deterioração da saúde.

Insuficiência renal como fator complicador para outras condições limitantes ou tratamentos.

Parar ou não iniciar diálise.

Doença hepática

Cirrose com uma ou mais complicações no último ano:

- Ascite refratária a diuréticos;
- Encefalopatia hepática;
- Síndrome hepatorenal;
- Peritonite bacteriana;
- Sangramentos recorrentes de varizes decorrentes de hipertensão portal.

Transplante de fígado não é possível.

Revisar o cuidado atual e o plano de cuidados.

- Revise o tratamento e os medicamentos atuais para garantir que a pessoa receba o cuidado otimizado; diminuir a polifarmácia.
- Considere o encaminhamento para avaliação para uma equipe de Cuidados Paliativos se os sintomas ou problemas forem complexos e difíceis de manejar.
- Elaborar um plano de cuidados para o momento atual e para o futuro com a pessoa e seus familiares/pessoas próximas. Apoiar os cuidadores.
- Planejar com antecedência caso seja provável a perda da capacidade de tomada de decisão.
- Registrar, compartilhar e revisar os planos de cuidados.

Índice de Charlson Comorbidity Index

O Índice de Comorbidades de Charlson (Charlson Comorbidity Index - CCI) é uma ferramenta prognóstica amplamente utilizada na prática médica e em pesquisas clínicas para avaliar o impacto das comorbidades na mortalidade de um paciente, especialmente em contextos como CP, oncologia, geriatria, e pré-operatório.

Estima o risco de mortalidade a partir da presença de doenças crônicas e graves, atribuindo um peso a cada uma com base na sua associação com o risco de morte em 1 ano.

Pode ser acessada no link, que faz o cálculo e fornece a estimativa de sobrevida em 10 anos:
<https://www.calculadorafragilidade.com.br/>

Doenças e Pontuação no Charlson Comorbidity Index

Pontuação Comorbidade

- 1- Infarto do miocárdio
- 1- Insuficiência cardíaca congestiva
- 1- Doença vascular periférica
- 1- Doença cerebrovascular
- 1- Demência
- 1- Doença pulmonar crônica (ex: DPOC)
- 1- Doença do tecido conjuntivo (ex: lúpus, AR)
- 1- Úlcera péptica
- 1- Doença hepática leve
- 1- Diabetes mellitus sem complicações
- 2- Diabetes mellitus com complicações
- 2- Hemiplegia/paraplegia
- 2- Doença renal crônica moderada a grave

- 2- Câncer sólido (sem metástase)
- 2- Leucemia
- 2-Linfoma
- 3- Doença hepática moderada ou grave
- 6- Câncer metastático
- 6- AIDS/HIV

A pontuação total é a soma dos pontos das comorbidades presentes. Quanto maior a pontuação, maior o risco de mortalidade em 1 ano.

Pode ser ajustado à idade:

Para cada década de vida acima dos 50 anos, adiciona-se 1 ponto.

Interpretação do Risco de Mortalidade (estimado)

Pontuação Total	Probabilidade de morte em 1 ano (estimada)
0	12%
1-2	26%
3-4	52%
≥5	>85%

DOR

CONCEITOS:

A dor é um dos sintomas mais prevalentes, debilitantes e temidos pelos pacientes em CP, sendo frequentemente associada à progressão da doença e ao sofrimento global. Sua presença não apenas impacta a qualidade de vida física, mas também compromete o bem-estar emocional, social e espiritual do paciente. Em pacientes em fase final de vida, a dor representa um desafio clínico complexo, exigindo abordagem multidimensional e integrada.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), dor é definida como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano". No contexto dos CP, a dor raramente é puramente nociceptiva ou somática: frequentemente envolve componentes neuropáticos, viscerais, psicológicos e espirituais, compondo o chamado "sofrimento total".

Locais de Dor Comuns em Fase Terminal

Os locais mais frequentes de dor em pacientes com doenças avançadas incluem:

Coluna vertebral e membros (metástases ósseas, fraturas patológicas).

Abdome (neoplasias hepáticas, pancreáticas, obstruções intestinais).

Cefaleia (metástases cerebrais, hipertensão intracraniana).

Tórax (infiltração pleural, tumores pulmonares, dor torácica neuropática).

Regiões pélvicas e perineais (tumores ginecológicos, prostáticos, ou complicações como fístulas e úlceras por pressão).

A dor pode ser classificada de acordo com sua fisiopatologia em:

Dor nociceptiva somática: bem localizada, associada a lesões músculo-esqueléticas ou cutâneas.

Dor nociceptiva visceral: mal localizada, profunda, com irradiação, associada a órgãos internos.

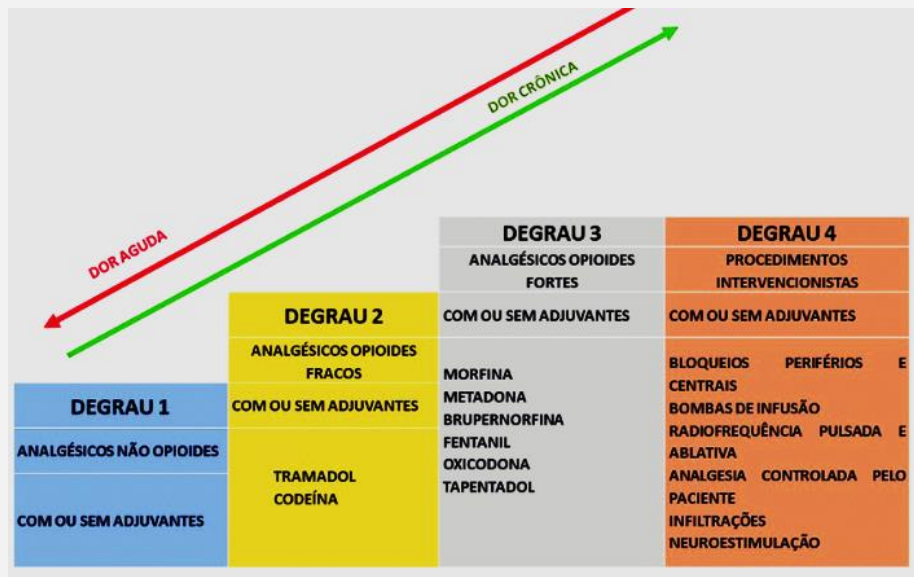
Dor neuropática: secundária a lesões ou disfunções do sistema nervoso periférico ou central. Costuma ser queimação, formigamento, choque ou dor lancinante.

Dor mista: combinação dos mecanismos acima.

Dor incidental, episódica ou de quebra (breakthrough pain): exacerbações transitórias da dor basal controlada.

O manejo da dor em CP deve ser individualizado, escalonado e dinâmico, baseando-se no tipo de dor, intensidade, função renal e hepática do paciente, contexto clínico e preferências pessoais.

Na avaliação da dor, o primeiro passo é uma anamnese muito bem detalhada. Importante também saber histórico de analgésicos prévios e respostas destes no organismo.

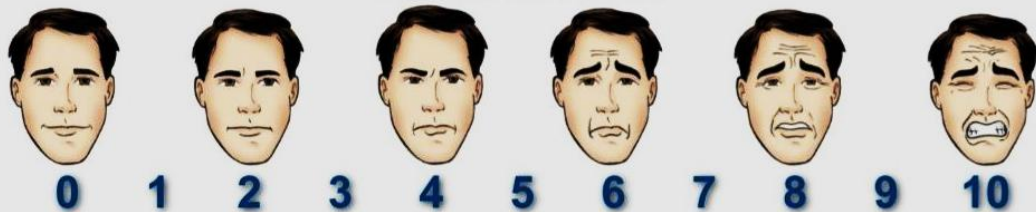


A escala visual de dor é um instrumento muito importante para avaliação e acompanhamento do tratamento:



Em pacientes com transtorno cognitivo, a expressão facial pode também ser um bom instrumento para avaliar a dor:

Escala de Faces



ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES :

A dor é um dos sintomas mais prevalentes e desafiadores em pacientes em CP, afetando significativamente a qualidade de vida. O manejo da dor deve ser multidimensional, e a farmacoterapia é um pilar fundamental. Embora os opioides sejam frequentemente utilizados, os analgésicos não opióides desempenham papel essencial, especialmente em dores leves a moderadas, dores mistas e em associação com opioides para otimização do controle da dor.

Para dor leve, o paracetamol é a primeira escolha, devido ao perfil de segurança e facilidade de administração. Quando há componente inflamatório ou dor moderada, associam-se ou substituem-se dipirona e/ou AINEs, considerando os riscos individuais do paciente.

Os AINEs são particularmente úteis em dores ósseas metastáticas, artrite, e dores musculoesqueléticas associadas. Em pacientes com risco elevado de sangramento ou insuficiência renal, o uso deve ser cauteloso ou evitado.

A combinação de analgésicos não opióides com opioides permite diminuir doses destes últimos, reduzindo efeitos adversos.

Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINEs)

Mecanismo: Inibem as enzimas ciclooxigenases (COX-1 e COX-2), reduzindo a síntese de prostaglandinas, que sensibilizam terminações nervosas à dor e promovem inflamação.

Indicados para:

Dor inflamatória e somática, como dor óssea, muscular, articular.

Dores tumorais com componente inflamatório.

Adjuvantes no controle de dores leves a moderadas.

Contraindicações dos AINEs:

Úlcera péptica ativa ou sangramento gastrointestinal:
Risco de perfuração, sangramento e agravamento da lesão da mucosa gástrica.

Insuficiência renal moderada a grave: AINEs reduzem a síntese de prostaglandinas renais, o que pode provocar: diminuição da filtração glomerular, aumento da ureia e creatinina, retenção de sódio, potássio e água

Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) ou hipertensão grave: AINEs podem aumentar a pressão arterial e piorar edema e função cardíaca, especialmente em idosos. Inibem vasodilatação renal, agravando retenção hidrossalina.

Doença hepática grave: O metabolismo hepático dos AINEs pode ser alterado, com risco de toxicidade. Maior risco de sangramentos por alteração da síntese hepática de fatores de coagulação.

Asma induzida por AINEs (asmáticos AERD): Pacientes com triade de Widal (asma + pólipos nasais + intolerância a AINEs) podem ter crises broncoespásticas graves.

Uso concomitante com anticoagulantes: aumentam o risco de sangramentos, especialmente digestivos, quando usados com Varfarina, NOACs (rivaroxabana, apixabana etc.) e Aspirina em dose antiagregante

Doença cardiovascular grave (IAM, AVC, trombose)

AINEs, principalmente inibidores seletivos da COX-2, estão associados a aumento do risco trombótico.

PRINCÍPIO	APRESENTAÇÃO	DOSE MAX	INTERVALO
Diclofenaco	50,75mg SR	100-150	2x dia
Etodolaco	300-500mg	900-1500mg	3x dia
Ibuprofeno	400-600mg	2400mg	4xdia
Cetoprofeno	50-75mg	150-400mg	2-3x dia
Meloxicam	7,5mg	15mg	1x dia
Naproxeno	250-500mg	500-1500mg	2-3x dia
Piroxicam	20mg	20mg	1x dia
Celecoxibe	200mg	400mg	2xdia
Etoricoxibe	30-60-90mg	90mg	1xdia
Cetorolaco SL	10mg	40mg	4xdia

Paracetamol (Acetaminofeno)

Não é estritamente anti-inflamatório, mas tem ação analgésica e antipirética.

Mecanismo: Não totalmente esclarecido; age centralmente, possivelmente modulando vias serotoninérgicas e canabinoides.

Pode ser usado em associação com opioides para potencializar efeito e reduzir doses.

Posologia: Oral: 500–1000 mg a cada 6-8 horas (máximo 4 g/dia em adultos).

Indicações: Dor leve a moderada, febre, adjuvante em dor crônica.

Contraindicações: Insuficiência hepática grave, alcoolismo ativo.

Efeitos colaterais: Raramente hepatotoxicidade em doses terapêuticas, em superdosagem pode causar necrose hepática grave; raros casos de alergia cutânea.

Dipirona

A dipirona (metamizol sódico) é um derivado pirazolônico com ação analgésica, antipirética, espasmolítica e, em menor grau, anti-inflamatória. Seu mecanismo de ação não é totalmente elucidado, mas envolve: Inibição da ciclooxigenase (COX-3) no sistema nervoso central (efeito antipirético e analgésico central), modulação do sistema endocanabinoide e da via serotoninérgica descendente da dor. Tem atividade espasmolítica direta sobre a musculatura lisa, útil em dor visceral.

A dipirona não inibe significativamente a COX-1 periférica, o que explica seu menor potencial ulcerogênico, sendo mais

segura que AINEs clássicos em relação à mucosa gastrointestinal e à função plaquetária

É amplamente utilizada no cuidado paliativo de adultos e idosos por sua versatilidade, baixo custo e bom perfil de segurança em uso supervisionado.

Principais indicações:

Dor oncológica leve a moderada, isoladamente ou em associação com opioides

Dores viscerais espasmódicas (ex: cólicas intestinais, pancreáticas ou urinárias)

Pirexia refratária em contextos de neoplasias, infecções ou processos inflamatórios

Substituto de AINEs em pacientes com contraindicação cardiovascular ou GI

Pode ser associada a opioides, paracetamol ou anticonvulsivantes no manejo multidimensional da dor.

Apresentações:

Comprimidos: 500 mg, 1 g

Solução oral: 500 mg/mL

Solução injetável: 500 mg/mL (ampolas de 2 mL ou 5 mL)

Supositórios: 300 mg (menos comum)

Posologia habitual (adultos):

Via	Dose habitual	Intervalo	Dose máxima
Oral	500–1000 mg	6–8/6–6h	Até 4 g/dia
IV /IM	1–2 g	6/8h	Até 4 g/dia
SC	1–2 g	6–8h	Até 4 g/dia

Riscos e Efeitos Colaterais:

Apesar de seu uso amplo e eficácia, a dipirona exige monitoramento pelo risco de efeitos graves — embora raros — especialmente em uso crônico ou sem supervisão médica.

Reações adversas comuns:

Náuseas, hipotensão (especialmente IV rápida)

Reações cutâneas leves (rash, urticária)

Dor no local de aplicação (IM ou SC)

Reações adversas graves (raras):

Agranulocitose (risco estimado: 1 caso por 1 milhão de usuários/dia): Potencialmente fatal, pode surgir subitamente

Leucopenia e trombocitopenia

Reações anafiláticas (mais comuns na via IV)

Hepatite medicamentosa (muito rara)

OPIÓIDES

O uso de opioides é um dos pilares do controle da dor moderada a intensa em CP. Esses fármacos atuam em receptores opioides (μ , κ , δ) no sistema nervoso central e periférico, modulando a percepção da dor. Em pacientes com doenças ameaçadoras à vida, como câncer avançado, doenças neurológicas progressivas, insuficiências orgânicas terminais ou AIDS, os opioides são essenciais para garantir qualidade de vida, conforto e dignidade.

O uso racional dos opioides nos CP exige treinamento, experiência e sensibilidade. A seleção do fármaco deve

considerar o tipo e intensidade da dor, condição clínica do paciente, função renal/hepática, história prévia de uso de opioides e preferências individuais. A avaliação contínua da resposta analgésica, efeitos adversos e qualidade de vida é essencial. Sempre que possível, associar terapias adjuvantes, não farmacológicas e suporte psicoemocional.

Importante: todo paciente em uso crônico de opioides deve receber prescrição concomitante de laxantes, além de orientações sobre vigilância de sintomas como sonolência excessiva, confusão e depressão respiratória.

Porém, apesar destes cuidados, precisamos estar sempre cientes que mais temerosos que a prescrição de um medicamento, é saber que o paciente pode não ter sua dor física controlada.

Em CP, o medo de dependência química e de tolerância não é tão preocupante, ainda mais em pacientes que terão sobrevida curta. Nestes, principalmente, o foco maior é na analgesia efetiva e segura!

A escolha da via deve considerar o estado clínico, funcionalidade gastrointestinal, nível de consciência e prognóstico do paciente:

Oral (VO): preferida quando o paciente está lúcido e com função gastrointestinal preservada.

Subcutânea (SC): muito útil em CP, fácil de administrar em domicílio com bombas infusoras.

Intravenosa (IV): usada para titulação rápida, dor refratária ou em ambiente hospitalar.

Transdérmica (TD): disponível para fentanil e buprenorfina; ideal para dor estável.

Transmucosa/bucal: fentanil em crises de dor incidental.

Epidural/raquidiana: para dor refratária em centros especializados.

Eles são divididos em opioides fracos (codeína e tramadol) e fortes (oxicodona, tapentadol, buprenorfina, morfina, metadona, fentanil). A grande maioria é metabolizada pelos rins. Em pacientes com insuficiência renal, os de absorção transdérmica acabam sendo preferidos (buprenorfina ou fentanil) por terem metabolização hepática.

Opióides comumente utilizados em CP:

Tramadol:

Indicações:

Dor leve a moderada.

Dor com componente neuropático.

Contraindicações:

Epilepsia não controlada.

Uso de ISRS/IMAO (risco serotoninérgico).

Apresentações:

Comprimidos IR/LP (50, 100 mg)

Solução oral (50 mg/mL)

Ampola (50 mg/mL) – ampolas com 2ml

Posologia:

IR: 50-100 mg VO a cada 6h.

LP: 100-200 mg VO a cada 12h.

IV: 100mg 6.6h

Prescrição em receituário controle especial em 2 vias

Dose máxima: 400 mg/dia.

Efeitos adversos

Náusea, tontura.

Convulsões em altas doses.

Síndrome serotoninérgica.

Equivalência de dose entre tramadol IV e VO:

100 mg de tramadol IV \cong 120–150 mg de tramadol VO

A biodisponibilidade oral do tramadol é de aproximadamente 70%–75% (pode chegar a 90% em uso crônico).

Ou seja, para obter o mesmo efeito analgésico de uma dose IV, é necessário uma dose oral maior.

Exemplo prático de conversão:

Tramadol IV (mg)	Tramadol VO equivalente (mg)
50 mg	75 mg
75 mg	100–112 mg
100 mg	125–150 m

Codeína:

Apresentações:

Comprimidos: normalmente com 30 mg de fosfato de codeína, indicados para alívio de dor moderada. A dose usual

para adultos varia de 15 a 60 mg a cada 4 ou 6 horas, com limite de até 360 mg por dia.

Solução oral: 3 mg/mL em frascos de 120 mL. Essa forma é usada principalmente em adultos e, com cautela, em crianças maiores de 12 anos.

Solução injetável: menos comum, mas disponível em ambientes hospitalares para controle de dor mais intenso

Indicações:

Dor leve a moderada.

Tosse crônica em CP

Contraindicações:

Crianças <12 anos.

Deficiência de CYP2D6 (risco de toxicidade ou ineficácia).

Posologia

30-60 mg VO a cada 4-6h.

Dose máxima: 360 mg/dia.

Prescrição em receituário controle especial em 2 vias

Efeitos adversos

Constipação acentuada.

Sedação.

Metabolismo variável: alguns pacientes metabolizam excessivamente rápido.

Morfina:

Indicações:

Dor moderada a intensa, nociceptiva, somática ou visceral.
Dor oncológica crônica ou aguda.
Dispneia refratária.

Contraindicações

Insuficiência respiratória grave sem suporte ventilatório.
Hipersensibilidade conhecida.
Aumento da pressão intracraniana sem controle.

Apresentações:

Comprimidos (10mg de liberação rápida) 30, 60, 100 mg
de liberação prolongada

Solução oral (10 mg/mL, 2 mg/mL)

Ampolas para uso subcutâneo, IM ou EV (10 mg/mL)

Posologia:

Dose inicial: 2,5 a 5 mg VO a cada 4h.

Equivalência oral/parenteral: 3:1 (30 mg VO = 10 mg
SC/EV)

Ajuste conforme resposta e efeitos adversos.

A morfina não possui dose teto, mas dose de tolerância ou de efeitos colaterais. Deve-se avaliar muito bem a gravidade da dor, o histórico de uso prévio e a resposta prévia ao seu uso, a via de administração e os efeitos colaterais para ir ajustando a dosagem.

A receita deve ser a de notificação A (amarela).

Intervalos:

VO imediata: a cada 4h.

VO liberação prolongada: a cada 12h.
SC/EV: a cada 4h ou infusão contínua.

Efeitos adversos:

Constipação (universal, requer laxantes profiláticos)

Náusea, vômitos

Sedação, confusão, retenção urinária

Depressão respiratória (rara em uso cuidadoso)

Metadona:

Indicações

Dor intensa refratária.

Dor com componente neuropático.

Rotação opioide (particularmente quando efeitos adversos de outros opioides são limitantes).

Contraindicações:

Prolongamento do QT (>500 ms)

Uso concomitante de drogas que aumentam QT

Monitorização limitada ou falta de familiaridade do prescriptor.

Apresentações:

Comprimidos (5, 10 mg)

Solução oral (10 mg/mL)

Ampola (10 mg/mL)

Posologia:

Início conservador: 2,5 mg VO a cada 8 a 12h, com ajustes a cada 5-7dias após titulação.

Doses maiores apenas com experiência.

Meia-vida longa e variável (8-120h), requer titulação lenta.

Potência analgésica varia conforme dose e exposição prévia a opioides.

A receita deve ser a de notificação A (amarela).

Efeitos adversos:

Semelhantes à morfina.

Risco de arritmias ventriculares (torsades de pointes).

Acúmulo em idosos ou insuficiência hepática.

Oxicodona:

Indicações:

Dor oncológica moderada a intensa.

Dor refratária aos demais analgésicos ou quando não estão sendo efetivos em monoterapia.

Dor neuropática associada (ainda necessitando mais evidências).

Alternativa à morfina em casos de intolerância.

Contraindicações:

Insuficiência hepática grave.

Alergia a opioides.

Apresentações:

Comprimidos IR (5, 10 mg)

Comprimidos LP (10, 20, 40 mg)

Solução oral (1 mg/mL)

Ampolas (10 mg/mL)

No Brasil, encontramos apenas comprimidos de 10, 20, 40mg. Há apresentação associada a naloxona, para diminuir efeitos fora do sistema analgésico central, minimizando efeitos colaterais periféricos.

Posologia:

IR: 5-10 mg VO a cada 4h.

LP: iniciar com 10 mg VO a cada 12h. Não devem ser triturados.

Equivalência com morfina: 20 mg de oxycodona \approx 30 mg de morfina VO.

Prescrição em receituário controle especial em 2 vias

Efeitos adversos:

Constipação, náusea, sedação.

Maior incidência de alucinações que morfina em alguns estudos.

Fentanil Transdérmico

Indicações:

Dor estável, crônica e intensa.

Rotação de opioide em pacientes intolerantes à morfina.

Boa opção em disfagia ou vômitos persistentes.

Contraindicações

Dor aguda instável.

Pacientes que nunca usaram opioides.

Hipertermia (aumenta absorção)

Atenção: caso o paciente vá fazer ressonância nuclear magnética, deve ser retirado por risco de gerar queimadura cutânea.

Apresentações:

Adesivos: 12, 25, 50, 75, 100 mcg/h.

Posologia

Iniciar com 12-25 mcg/h em pacientes já em uso de opioide. Deve ser trocado a cada 72 horas. Seu efeito não é imediato na colocação, devendo o paciente estar sob uso de outro opioide até ele iniciar seu efeito, comumente em 12-24h.

25 mcg/h \approx 60-90 mg de morfina VO por dia.

A receita deve ser a de notificação A (amarela).

Efeitos adversos:

Sedação, náuseas, prurido.

Hipoventilação se usado incorretamente.

Menor constipação que morfina.

Fentanil Gengival/Bucal/Nasal

Indicações

Crises de dor incidental e de rompimento (breakthrough pain).

Administração rápida e potente.

Maior risco de dependência. O paciente deve ser muito bem instruído sobre as indicações e necessidades dele.

Usado como adjuvante ao tratamento opioide já em vigência, como método de emergência. Não deve ser o opioide de escolha para o controle diário da dor, apenas como urgência.

Contraindicações:

Pacientes não tolerantes a opioides.

Uso repetido ou não supervisionado.

Apresentações:

Comprimidos sublinguais, lozengue (pirulito), spray nasal ou bucal (diversas doses: 100 a 1600 mcg).

Posologia:

Iniciar com 100 mcg na crise de dor, podendo ser feita uma dose extra em até 30 minutos e após somente após 4 horas.

Ajustar individualmente.

Máximo: 4 a 6 doses por dia.

A receita deve ser a de notificação A (amarela).

Efeitos adversos

Sonolência, tontura.

Risco de overdose em uso não supervisionado!

Tapentadol:

Indicações:

Dor crônica moderada a intensa.

Dor com componente neuropático.

Contraindicações:

Glaucoma, hipertensão intracraniana.

Uso concomitante de IMAOs.

Apresentações:

Comprimidos IR e LP (50, 100, 150, 200 mg)

No Brasil, apresentação disponível é LP

A receita deve ser a de notificação A (amarela).

Posologia:

IR: 50-100 mg VO a cada 4-6h.

LP: 50-250 mg VO a cada 12h.

Dose máxima: 500 mg/dia.

Efeitos adversos:

Menor constipação que morfina.

Náuseas, tontura.

Potencial serotoninérgico (cuidado com ISRS/ISRSN).

Buprenorfina

Indicações:

Dor oncológica moderada a intensa.

Dor moderada a intensa

Boa escolha em insuficiência renal.

Menor risco de depressão respiratória.

Contraindicações

Uso concomitante com agonistas puros em dose plena.
Hepatopatia grave.

Apresentações:

Adesivo transdérmico (5, 10, 20 mcg/h)

Sublingual (0,2 - 0,4 - 0,6 mg)

Injetável

No Brasil, apresentação disponível é a transdérmica.

Posologia:

Adesivo: troca a cada 7 dias.

Sublingual: 0,2 a 0,6 mg a cada 6-8h.

Prescrição em receituário controle especial em 2 vias

Efeitos adversos:

Sedação, tontura.

Dificuldade de titulação em dor instável.

Alergia ou irritação no local da aplicação.

Cuidados com uso de opioides:

Constipação: universal; profilaxia com laxativos estimulantes (senna, bisacodil) e amolecedores (lactulose, PEG).

Náuseas/vômitos: geralmente transitórios; tratáveis com metoclopramida, haloperidol ou ondansetrona.

Sedação: comum na fase inicial ou após titulação; tende a melhorar em 2–3 dias.

Prurido: especialmente com morfina; pode ser tratado com anti-histamínicos.

Depressão respiratória: rara em pacientes com dor e uso controlado; mais comum em opioide-naíve e em titulação rápida.

Equivalência Opioide (Doses Equianalgésicas)

A seguir, as doses equianalgésicas aproximadas entre opioides por via oral:

Opioide (VO)	Dose Equianalgésica
Morfina VO	30 mg
Morfina IV/SC	10 mg
Oxicodona VO	20 mg
Hidromorfona VO	7,5 mg
Hidromorfona IV/SC	1,5 mg
Fentanil transdérmico	25 mcg/h \approx morfina VO 60–90 mg/dia
Metadona VO	Variável (veja abaixo)

Importante: Fentanil transdérmico não é adequado para titulação rápida nem dor aguda. Metadona tem perfil farmacocinético complexo e risco de acúmulo.

Existem diversas calculadoras que podem fazer a equianalgesia dos opioides, como estas dos links abaixo:

<https://www.mdcalc.com/calc/3947/opiate-conversion-calculator>

MORFINA VO (mg)	20	30	40	50	60	70	80
TRAMADOL VO (mg)	200	300	400				
CODEINA VO (mg)	200	300					
TAPENTADOL VO(mg)	50	75	100	125	150	175	200
OXICODONA VO (mg)	10	20	20	20	40	40	50
METADONA VO (mg)	7.5	10	12,5	17,5	20	22,5	27,5
FENTANIL TD (ug/h)	12	12	12	12	25	25	25
BUPRENORFINA TD (ug/h)	10	10	20	20	20	20	35

Continuação:

MORFINA VO (mg)	100	120	140	160	180	200	220
TAPENTADOL VO (mg)	250	300	350	400	450	500	
OXICODONA VO (mg)	60	80	90	100	120	130	140
FENTANIL TD (ug/h)	25	50	50	50	75	75	75
BUPRENOFINA TD(ug/h)	35	35	52,5	52,5	70	70	70

Continuação:

MORFINA VO (mg)	240	260	280	300	320	340
OXICODONA VO (mg)	160	170	180	200	210	220
FENTANIL TD (ug/h)	75	100	100	100	100	100
BUPRENORFINA TD (ug/h)	70	105	105	105	105	105

Rotação do Opioide

Embora os opioides sejam eficazes, a prática clínica revela situações em que a resposta analgésica é inadequada, intolerância aos efeitos adversos ocorre, ou há necessidade de ajustes por outras razões. Nestes casos, a rotação de opioides surge como uma estratégia importante para otimizar o controle da dor, minimizar efeitos colaterais e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Rotação de opioides é a substituição de um opioide por outro para o manejo da dor, com ajuste da dose para manter analgesia adequada e reduzir toxicidade.

Objetivos principais:

- Superar intolerância a efeitos adversos específicos (náuseas, constipação severa, sedação, prurido, depressão respiratória).

- Melhorar analgesia em casos de resposta insuficiente ou analgesia incompleta.

- Ajustar dose em caso de alterações farmacocinéticas (ex.: insuficiência renal ou hepática).

- Facilitar a administração (troca de via ou de fórmula, oral para subcutânea, por exemplo).

- Permitir uso de opioides disponíveis no contexto clínico.

Indicações Clínicas para Rotação:

- Efeito adverso limitante e refratário: náuseas, vômitos, confusão mental, prurido, constipação severa, retenção urinária, sedação excessiva.

- Tolerância ou resposta incompleta: dor persistente mesmo com aumento progressivo da dose (fenômeno de tolerância farmacológica).

- Alterações clínicas: insuficiência renal, hepática, mudança na via de administração.

- Preferência do paciente: por questões práticas ou disponibilidade do medicamento.

- Necessidade de escalonamento para opioide mais potente ou de ação mais prolongada.

Princípios Farmacológicos da Rotação:

Opioides possuem perfis farmacocinéticos e farmacodinâmicos distintos: metabolismo, meia-vida, potência analgésica, produção de metabólitos ativos ou tóxicos, afinidade por receptores μ , δ e κ .

A rotatividade visa tirar proveito dessas diferenças para maximizar analgesia e minimizar efeitos colaterais.

Nem todos os opioides são diretamente equivalentes; diferenças individuais e condições clínicas podem afetar resposta e tolerabilidade.

É imprescindível o cálculo cuidadoso da dose equivalente para evitar subdosagem (dor) ou superdosagem (toxicidade).

Fentanil transdérmico (patch) não tem dose oral direta, e necessita de cálculo baseado na dose total diária de morfina.

Como Realizar a Rotação de Opioides: Passo a Passo

Passo 1: Avaliação clínica detalhada

- Avaliar intensidade e características da dor.
- Rever medicações atuais, efeitos colaterais, resposta analgésica.
- Considerar função renal, hepática, estado geral, comorbidades.

Passo 2: Escolha do opioide substituto

- Preferir opioide que tenha menor risco dos efeitos adversos que motivaram a troca.
- Considerar via de administração compatível com situação clínica.

Passo 3: Cálculo da dose equivalente

- Calcular a dose total diária do opioide atual (em mg).
- Consultar tabela de equivalência para calcular a dose diária do opioide substituto.

Passo 4: Redução da dose do novo opioide

- Para minimizar risco de toxicidade por variabilidade individual, recomenda-se reduzir a dose calculada em 25–50% no momento da troca.

- Esta redução depende da razão da troca (ex.: maior redução se por toxicidade).

Passo 5: Início da nova medicação

- Iniciar o opioide substituto na dose calculada (com redução).

- Suspende o opioide anterior, salvo em casos específicos (rotina de rotação gradual ou associação temporária).

Passo 6: Monitoramento intensivo

- Avaliar analgesia e efeitos adversos nas primeiras 24-72 horas.

- Ajustar dose conforme resposta clínica.

- Prescrever medicações adjuvantes para controle de efeitos colaterais (antieméticos, laxantes).

Rotação com Morfina:

- Etapas do cálculo de rotação com morfina

Exemplo prático: um paciente usando morfina VO 60 mg/dia, que apresenta náuseas e intolerância.

- Calcular dose total diária do opioide atual.

o Morfina VO 60 mg/dia.

- Converter para o novo opioide com base em tabela de equivalência.

o Suponha troca para fentanil transdérmico.

- o 60–90 mg VO/dia de morfina \approx 25 mcg/h de fentanil TD.
- Aplicar redutor de 25–50% para tolerância cruzada incompleta.
- o Redução recomendada: 25% para segurança (mais se idoso/frágil).
- o Fentanil: manter 25 mcg/h com monitoramento próximo.
- Prescrever dose de resgate para dor de escape.
- o 10–15% da dose total de opioide de 24h.
- o Para morfina VO: 5–10 mg VO a cada 2–4h se necessário.

Rotação com Metadona

A rotação com metadona é complexa e não linear. Sua potência analgésica aumenta com a dose prévia de morfina. Existem várias fórmulas (Hanks, Ayonrinde, etc.). Uma delas:

- Se dose de morfina VO < 100 mg/dia \rightarrow usar relação 4:1.
- o Ex: morfina 80 mg/dia \div 4 = metadona 20 mg/dia VO.
- o Dividir em 2–3 tomadas.
- Para doses maiores, a relação muda para 8:1, 12:1 ou mais.

Importante:

- Monitorar QTc (risco de torsades de pointes).
- Titulação lenta (ajustar a cada 5–7 dias).
- Boa opção em dor neuropática refratária.

Intoxicação por opioides:

A intoxicação por opioides é uma emergência médica potencialmente fatal, caracterizada por depressão do sistema nervoso central, depressão respiratória e miose. O tratamento inclui medidas de suporte vital, administração de naloxona (antagonista opioide específico) e monitoramento contínuo. A resposta clínica rápida é crucial para reverter a depressão respiratória e evitar lesões anóxicas ou óbito. No contexto dos CP, os opioides não têm como objetivo a depressão respiratória, sedação ou acelerar a morte. Esta medicação não tem este objetivo nem jamais deve ser prescrita para estes fins, o que seria eutanásia. Os opioides são para tratamento de dor e para amenizar o desconforto pela dispneia.

Quando um paciente está com intoxicação por opioide, seja ele em CP ou não, esta deve ser avaliada e revertida.

Quadro clínico da intoxicação por opioides

Tríade clássica: Depressão respiratória (FR < 12 irpm, hipoventilação ou apneia), miose (pupilas puntiformes, bilateral) e rebaixamento do nível de consciência (letargia a coma)

Outros sinais: Cianose, bradicardia, hipotensão, sons respiratórios ruidosos ("roncos" por obstrução faríngea), hipotermia, edema pulmonar não cardiogênico (em casos graves), convulsões (mais comum com tramadol)

Condutas imediatas: Manejo da intoxicação aguda

1. ABC do suporte básico e avançado de vida

A: Garantir via aérea pérvia (aspiração, cânula orofaríngea ou intubação se necessário)

B: Suporte ventilatório (oxigênio suplementar; ventilação mecânica se apneia ou hipoventilação grave)

C: Monitorização de PA, FC, oximetria, ECG

2. Administração de Naloxona (Narcan®)

Antagonista competitivo dos receptores opioides μ , κ e δ .
Reverte a depressão respiratória e sedação, mas pode precipitar sintomas de abstinência em usuários crônicos.

Apresentações disponíveis:

Ampolas com 0,4 mg/mL (ampola de 1 mL)

Frascos de 1 mg/mL (ampolas de 2 mL ou frascos maiores)

Spray nasal (Naloxone Nasal Spray®): 4 mg/dose (em alguns países)

Posologia (adultos):

Via intravenosa (EV) — preferencial

Dose inicial: 0,04 a 0,4 mg EV

(doses baixas para evitar reversão abrupta em usuários crônicos)

Se não houver resposta, repetir a cada 2-3 minutos até total de até 10 mg

Doses usuais eficazes: 0,4 a 2 mg

Se necessário, iniciar infusão contínua (ver abaixo)

Via subcutânea (SC) ou intramuscular (IM):

0,4 a 2 mg, repetir a cada 2-3 minutos

Menos eficaz que EV, mas útil em pré-hospitalar

Infusão contínua (caso de opioides de longa ação, como metadona ou fentanil transdérmico):

Dose de manutenção = 2/3 da dose de reversão inicial por hora

Exemplo: se 2 mg foram eficazes por 60 minutos → infundir 1,3 mg/h

Spray nasal (Naloxona intranasal):

4 mg em uma narina, repetir após 2-3 minutos se não houver resposta

Uso principalmente em ambiente pré-hospitalar

Observação pós-reversão:

Meia-vida da naloxona: 30 a 90 minutos, pode ser muito menor que a do opioide causador (ex: metadona, fentanil, oxicodona LP)

Observar por no mínimo 2 a 6 horas após reversão completa

Abordagem em usuários crônicos:

Naloxona pode precipitar abstinência aguda grave: dor, agitação, vômitos, taquicardia, crises hipertensivas

Preferir doses baixas fracionadas (ex: 0,04 mg EV)

Suporte multidisciplinar e sedação podem ser necessários

FÁRMACOS ADJUVANTES

O manejo da dor em CP exige uma abordagem abrangente, que vá além do uso exclusivo de analgésicos opioides e não opioides. Muitos pacientes com doenças

avançadas apresentam dor com características complexas — neuropática, musculoesquelética, visceral e psicogênica — que não responde adequadamente ao tratamento analgésico convencional. Nesse contexto, os fármacos adjuvantes têm papel fundamental no alívio sintomático, atuando em mecanismos específicos da dor, potencializando a analgesia e contribuindo para a melhora da qualidade de vida.

São medicamentos que não foram originalmente desenvolvidos para o controle da dor, mas que possuem efeito analgésico comprovado em determinados contextos, principalmente na dor neuropática, dor musculoesquelética crônica, dor óssea metastática, espasmos musculares, síndromes compressivas (plexopatias, radiculopatias), sintomas refratários à dor (ansiedade, depressão e insônia), redução da dose de analgésicos em casos de efeitos colaterais.

Antidepressivos Tricíclicos (ATC)

Amitriptilina, Nortriptilina, Imipramina

- Indicação principal: dor neuropática, fibromialgia
- Mecanismo de ação: inibição da recaptação de serotonina e noradrenalina; modulação descendente da dor
- Posologia:

Amitriptilina: iniciar com 10-25 mg à noite, podendo aumentar até 75-150 mg/dia conforme tolerância

Nortriptilina: 10-50mg à noite.

- Efeitos colaterais: sedação, boca seca, constipação, retenção urinária, hipotensão postural, risco de arritmias, hiponatremia

- Interações: com ISRS (risco de síndrome serotoninérgica), anti-hipertensivos

- Contraindicações: glaucoma de ângulo fechado, hipertrofia prostática, histórico de arritmias

Anticonvulsivantes

Exemplos: Gabapentina, Pregabalina, Carbamazepina

- Indicação principal: dor neuropática periférica, neuralgia pós-herpética, dor central

- Mecanismo de ação: modulação de canais de cálcio; estabilização de membranas neuronais hiperexcitáveis

- Posologia:

- o Gabapentina: iniciar com 100-300 mg/dia, podendo aumentar até 1800-3600 mg/dia, em doses fracionadas (8.8h)

- o Pregabalina: iniciar com 75 mg/dia, podendo aumentar até 300-600 mg/dia, em doses fracionadas (12.12h)

- o Carbamazepina 200-600mg/dia. Para neuralgia trigêmio

- Efeitos colaterais: sedação, tontura, edema periférico, ganho ponderal

- Interações: mínima; precaução com outros sedativos

- Contraindicações: insuficiência renal grave (ajustar dose), hipersensibilidade

Corticosteroides

Exemplos: Dexametasona, Prednisona

- Indicação principal: dor por infiltração tumoral, edema cerebral, dor óssea metastática, compressão medular

- Mecanismo de ação: anti-inflamatório potente, redução de edema e pressão em estruturas nervosas

- Posologia:

Dexametasona: 4–16 mg/dia (dose e duração variam conforme indicação). Pode ser feito VO, IV, SC

Prednisona: 0,25-1mg/kg/dia. VO.

- Efeitos colaterais: hiperglicemia, insônia, miopatia, síndrome de Cushing, gastrite, imunossupressão, delirium

- Interações: AINEs (aumenta risco de ulcera), anticoagulantes, hipoglicemiantes

- Contraindicações: uso prolongado sem controle de efeitos colaterais, infecções não controladas

Relaxantes musculares:

Exemplos: Baclofeno, Tizanidina

- Indicação principal: dor com componente espástico, lesão medular

- Mecanismo de ação: ação gabaérgica central, inibição do tônus muscular

- Posologia:

o Baclofeno: iniciar com 5-10 mg/dia, aumentar gradualmente até 60 mg/dia

- Efeitos colaterais: sedação, fraqueza muscular, tontura

-Interações: depressores do SNC

- Contraindicações: insuficiência renal, miastenia gravis

Bisfosfonatos

Exemplos: Ácido zoledrônico, Pamidronato

- Indicação principal: dor óssea metastática, mieloma múltiplo, hipercalcemia
- Mecanismo de ação: inibição da reabsorção óssea osteoclástica
- Posologia:
 - o Zoledronato: 4 mg IV a cada 4 semanas
- Efeitos colaterais: febre, dor óssea transitória, hipocalcemia, osteonecrose de mandíbula
- Interações: anti-hipertensivos, nefrotóxicos
- Contraindicações: insuficiência renal grave, hipocalcemia não corrigida

Antagonistas NMDA

Exemplos: Cetamina (uso off-label)

- Indicação principal: dor neuropática refratária, hiperalgisia induzida por opioides
- Mecanismo de ação: bloqueio do receptor NMDA, modulação de receptores opioides
- Posologia: variada; geralmente IV ou SC em baixas doses (0,1–0,5 mg/kg/h em infusão contínua)
- Efeitos colaterais: alucinações, hipertensão, náuseas
- Interações: benzodiazepínicos (potenciam sedação), antidepressivos

- Contraindicações: hipertensão descompensada, psicoses

Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN)

Exemplos: Duloxetina, Venlafaxina, Desvenlafaxina

- Indicação principal: dor neuropática, fibromialgia, dor mista com componente depressivo

- Mecanismo de ação: inibição da recaptação de serotonina e noradrenalina, modulação central da dor

- Posologia:

- Duloxetina: iniciar com 30 mg/dia, aumentar até 60 mg/dia

- Venlafaxina iniciar com 37,5mg/dia até 300mg/dia

- Desvenlafaxina: iniciar 50mg até 100mg/dia

- Efeitos colaterais: náuseas, insônia, sudorese, aumento da pressão arterial. Para minimizar os efeitos gastrointestinais, sugere-se que sejam ingeridos pela manhã após uma das refeições.

- Interações: outros serotoninérgicos (risco de síndrome serotoninérgica), anticoagulantes

- Contraindicações: insuficiência hepática, uso de IMAO

TERAPÊUTICA INTERVENCIONISTA

Apesar dos avanços significativos no manejo farmacológico da dor, incluindo o uso racional de opioides, adjuvantes e outros analgésicos, há uma proporção significativa

de pacientes que permanece com dor refratária, impactando diretamente sua qualidade de vida.

Dor refratária, no contexto paliativo, é definida como aquela que persiste com intensidade moderada a severa, apesar da otimização do tratamento farmacológico, incluindo o uso escalonado de opioides, coadjuvantes e intervenções não farmacológicas. As principais indicações para procedimentos intervencionistas incluem:

- Ineficácia do tratamento farmacológico.
- Efeitos adversos intoleráveis dos opioides (náuseas, constipação, sedação, delirium).
- Necessidade de alívio rápido e sustentado.
- Preferência do paciente por abordagens que minimizem o uso contínuo de medicamentos.

Classificação dos Procedimentos Intervencionistas

Bloqueios periféricos e neuraxiais.
 Neuroablação química, térmica ou por radiofrequência.
 Implantes de dispositivos para infusão contínua.
 Neuromodulação elétrica.

Procedimentos Mais Utilizados em Cuidados Paliativos

1. Bloqueios Neurais Periféricos e Simpáticos

a) Bloqueio do Plexo Celíaco:

Indicação: Dor visceral superior refratária, especialmente em câncer de pâncreas, fígado, estômago e intestino delgado.

Técnica: Guiado por ultrassom, tomografia ou fluoroscopia. Realizado com álcool absoluto ou fenol para neuroólise.

Eficácia: Redução de até 70-90% da dor visceral por semanas ou meses.

Complicações: Hipotensão ortostática, diarreia transitória, dor retroperitoneal, raro risco de paraplegia (extremamente raro, mas descrito).

b) Bloqueio do Plexo Hipogástrico Superior:

Indicação: Dor pélvica, incluindo câncer de colo de útero, próstata, bexiga, reto.

Técnica: Acesso posterior guiado por fluoroscopia ou tomografia.

Eficácia: Alta taxa de alívio da dor visceral pélvica.

c) Bloqueio do Gânglio Ímpar (Walther)

Indicação: Dor perineal e anal refratária, como em câncer de reto, vulva, vagina ou próstata avançados.

Técnica: Acesso sacrococcígeo ou intercocccígeo.

Eficácia: Alívio significativo, especialmente de dor queimação, lancinante ou neuropática associada.

2. Bloqueios Neuraxiais

a) Bombas de Infusão de Analgésicos Intratecais

Indicação: Dor refratária, tanto nociceptiva quanto neuropática, principalmente quando doses elevadas de opioides sistêmicos são mal toleradas.

Medicações: Morfina, hidromorfona, bupivacaína, clonidina, ziconotida.

Vantagens: Redução de até 300 vezes na dose do opioide comparado à via oral, com menos efeitos colaterais.

Limitações: Custo, necessidade de implante e manutenção, infecções.

b) Bloqueios Peridurais

Indicação: Controle temporário da dor em pacientes com expectativa de vida limitada, ou como ponte até outros procedimentos.

Técnica: Cateterização peridural contínua com infusão de anestésicos locais e opioides.

3. Neuroablação

a) Neuroólise Química

Utiliza agentes como álcool absoluto (50-100%) ou fenol (6-12%).

Indicação: Quando se busca controle de dor persistente e há uma expectativa de vida limitada, uma vez que são procedimentos irreversíveis.

Realizada em plexos (celíaco, hipogástrico, ímpar) ou nos nervos periféricos.

b) Radiofrequência Convencional ou Pulsada

Indicação: Dores neuropáticas localizadas, metástases ósseas específicas, neuralgias.

Técnica: Através de eletrodos que aplicam calor controlado (convencional) ou campos elétricos pulsados (não lesivos).

Vantagem: Radiofrequência pulsada oferece modulação sem neurodestruição.

4. Neuromodulação Elétrica

Pouco utilizada no contexto paliativo terminal devido à complexidade, mas pode ter aplicação em pacientes com expectativa de vida mais prolongada.

Inclui estimuladores medulares, estimuladores de nervo periférico e estimulação cortical motora.

Aplicações Específicas na Dor Oncológica

Dor óssea metastática: Além de radioterapia, pode ser utilizada cimentoplastia (vertebroplastia/ cifoplastia) para estabilização de fraturas patológicas.

Dor neuropática por compressão nervosa ou radicular: Bloqueios radiculares seletivos, bloqueios de plexos.

Dor visceral: Neuroólises plexuais (celíaco, hipogástrico, ímpar) são altamente eficazes.

Avaliação e Planejamento

Avaliação multidimensional da dor (intensidade, qualidade, localização, fatores exacerbantes).

Avaliação da expectativa de vida, reversibilidade dos sintomas e impacto funcional.

Discussão clara com o paciente e familiares sobre riscos, benefícios e prognóstico.

Consentimento informado rigoroso.

Limitações e Contraindicações

Infecção local ou sistêmica.

Coagulopatias não corrigidas.

Instabilidade hemodinâmica.

Distúrbios anatômicos que dificultem a realização.

Contraindicação relativa em pacientes com expectativa de vida muito curta, exceto procedimentos de alívio imediato, como neuroólise.

Papel da Equipe Multidisciplinar

A decisão por intervenções no controle da dor deve ser compartilhada com a equipe multiprofissional. O papel do médico intervencionista, do paliativista, do anestesista da dor e da enfermagem especializada é essencial para garantir segurança, monitorização e suporte pós-procedimento.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Embora os tratamentos farmacológicos, como os analgésicos opioides, desempenhem um papel central, a abordagem multidimensional da dor — que reconhece sua natureza física, emocional, psicológica, social e espiritual —

exige estratégias integradas. Assim, intervenções não farmacológicas têm ganhado reconhecimento como complementares e, em alguns casos, essenciais para o alívio da dor.

Abordagens Cognitivo-Comportamentais

As terapias cognitivas e comportamentais visam modificar percepções, crenças e reações diante da dor, reduzindo seu impacto.

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Envolve técnicas como reestruturação cognitiva, treinamento em resolução de problemas, e dessensibilização.

Evidência: revisões sistemáticas mostram benefícios na redução da catastrofização da dor e na melhora da adaptação emocional (Andersen et al., 2014, Journal of Pain).

Treinamento de Relaxamento e Mindfulness

Técnicas como respiração profunda, relaxamento muscular progressivo e meditação mindfulness ajudam a reduzir a tensão associada à dor.

Evidência: estudos indicam melhora na percepção de dor e ansiedade em pacientes com câncer (Zimmaro et al., 2019, Psycho-Oncology).

Terapias Corporais e Somáticas

Massoterapia: Massagens terapêuticas aliviam dores musculares, reduzem o estresse e promovem bem-estar.

Fisioterapia e Mobilização Suave: Mobilizações passivas, exercícios respiratórios e posicionamento adequado ajudam a

prevenir rigidez e contraturas. Apresentam melhoras na dor musculoesquelética e na qualidade do sono em idosos com doença avançada.

Termoterapia e Crioterapia: Aplicações de calor (compressas) ou frio (gelo) ajudam no alívio local da dor e inflamação.

Acupuntura: Técnica da medicina tradicional chinesa baseada em estimulação de pontos específicos. Há suporte moderado para uso da acupuntura em dores oncológicas, com melhora da dor e da função física (Vickers et al., 2018, JAMA Oncology).

Aromaterapia: Uso de óleos essenciais, como lavanda e hortelã-pimenta, para reduzir tensão e dor.

Musicoterapia: Intervenções musicais promovem distração, expressão emocional e relaxamento.

Apoio Psicológico, Social e Espiritual

Apoio Psicossocial:

Conversas terapêuticas, escuta ativa e validação emocional contribuem para o alívio de dores de origem psicogênica ou amplificadas por sofrimento psíquico.

Cuidados Espirituais:

Intervenções conduzidas por capelães, líderes religiosos ou facilitadores espirituais podem ajudar pacientes a encontrar significado, esperança e conforto.

FADIGA

A fadiga é o sintoma mais frequente e um dos mais debilitantes em pacientes sob CP, sendo frequentemente referida como mais angustiante do que a dor. Trata-se de uma sensação subjetiva e persistente de cansaço físico, emocional e/ou cognitivo, desproporcional à atividade realizada e não aliviada pelo repouso. Sua abordagem exige um olhar multidimensional, integrando investigação diagnóstica, manejo farmacológico e não farmacológico, bem como consideração dos valores e objetivos do paciente.

Estudos apontam que a fadiga acomete de 60% a 90% dos pacientes com doenças avançadas, particularmente câncer, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência renal crônica e doenças neurodegenerativas. Em pacientes com câncer avançado, a prevalência de fadiga chega a 90%, sendo considerada o sintoma mais comum nos últimos meses de vida. A fadiga compromete profundamente a funcionalidade, o bem-estar e a qualidade de vida do paciente, além de ser um fator de estresse importante para cuidadores.

Causas:

É frequentemente de causa multifatorial, podendo resultar de mecanismos fisiológicos, psíquicos, farmacológicos e da própria progressão da doença.

Fatores relacionados à doença subjacente

- Câncer (particularmente hematológicos, pulmonares e pancreáticos)
- Insuficiências orgânicas (renal, hepática, cardíaca, pulmonar)
- Doenças neurológicas (esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla)

Secundário a sintomas:

- Dor mal controlada
- Dispneia
- Insônia
- Ansiedade e depressão
- Desnutrição e sarcopenia
- Constipação

Fatores metabólicos e laboratoriais:

- Anemia
- Hipercalemia ou hiponatremia
- Hipotireoidismo
- Insuficiência adrenal
- Síndrome de caquexia

Efeitos adversos de medicamentos

- Opiáceos
- Benzodiazepínicos
- Antidepressivos tricíclicos
- Anticonvulsivantes
- Anticolinérgicos

Avaliação Clínica da Fadiga

A avaliação deve ser sistemática, individualizada e contínua, considerando a dimensão subjetiva da experiência do paciente.

Instrumentos úteis:

- Escala Numérica de Fadiga (0-10), onde 0 é não ter fadiga e 10 a maior fadiga possível.
- ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) – veja o capítulo de Avaliação clínica e escalas
- Brief Fatigue Inventory (BFI).
 - FACIT-Fatigue Scale (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue):

Pontos-chave na anamnese

- Início, duração e intensidade da fadiga
- Fatores que agravam ou aliviam
- Relação com outros sintomas
- Impacto funcional e emocional
- Expectativas do paciente em relação à melhora

Exames laboratoriais sugeridos

- Hemograma completo
- Função renal e hepática
- Eletrólitos
- Cálcio sérico
- TSH e cortisol matinal (em casos selecionados)

Tratamento

Objetivos do tratamento

- Aliviar o desconforto
- Manter ou melhorar a funcionalidade
- Minimizar efeitos adversos
- Alinhar intervenções aos desejos do paciente

Medidas Não Farmacológicas:

Essas intervenções são essenciais, muitas vezes mais eficazes e com menos efeitos colaterais que os medicamentos.

Atividade física adaptada:

Exercícios leves (caminhadas, fisioterapia) devem ser individualizados conforme capacidade funcional.

Intervenções psicoemocionais

- Terapia cognitivo-comportamental
- Terapia de aceitação e compromisso
- Intervenções para manejo do estresse e ansiedade

Terapias integrativas e complementares

- Acupuntura: alguns estudos mostram melhora em fadiga relacionada ao câncer
- Massoterapia
- Mindfulness e meditação
- Técnicas de relaxamento guiado

Correção de fatores reversíveis

- Tratar anemia, distúrbios eletrolíticos, dor, insônia, constipação
- Reavaliar e otimizar medicações

Intervenções Farmacológicas:

O uso de medicamentos deve ser cauteloso, com avaliação rigorosa de risco-benefício, principalmente em pacientes com prognóstico limitado.

Psicoestimulantes:

1. Metilfenidato:

Indicação: Fadiga refratária, especialmente em pacientes com câncer avançado e depressão associada

Dose: Iniciar com 2,5 mg a 5 mg VO 1-2x/dia, podendo aumentar até 10-20 mg/dia, fracionado

Efeitos colaterais: Insônia, taquicardia, ansiedade, hipertensão

Contraindicações: Arritmias, angina instável, glaucoma, histórico de uso abusivo de substâncias

2. Modafinil:

Indicação: Fadiga em doenças neurológicas e câncer (menos evidência que metilfenidato)

Dose: 100-200 mg VO pela manhã

Efeitos colaterais: Cefaleia, insônia, ansiedade

Contraindicações: Hipersensibilidade ao fármaco, histórico de arritmias

Nota: Psicoestimulantes devem ser evitados na vigência de agitação, ansiedade grave, delírio ou risco cardiovascular.

Corticoides:

1. Dexametasona:

Indicação: Fadiga refratária, especialmente com neoplasias avançadas, caquexia, edema cerebral ou obstrução

Dose: 2-4 mg VO ou SC 1x/dia, geralmente pela manhã

Efeitos colaterais: Insônia, hiperglicemia, miopatia, confusão mental, retenção hídrica

Contraindicações: Infecção ativa não tratada, diabetes descompensado, delírio

Uso preferencial em pacientes com expectativa de vida < 1 mês, devido ao risco de efeitos colaterais com uso prolongado.

Antidepressivos:

Apenas indicados quando a fadiga se associa a depressão clinicamente significativa.

Drogas com perfil mais ativador:

- Bupropiona: 150-300 mg/dia (benefício modesto; cuidado com convulsões)

- Venlafaxina / Duloxetina: úteis também em pacientes com dor neuropática

Evitar antidepressivos com efeito sedativo (amitriptilina, mirtazapina) em pacientes cuja fadiga é o sintoma predominante.

Terapia de reposição de eritropoetina:

- Indicação: Pacientes com anemia sintomática por insuficiência renal ou quimioterapia
- Limitações: Benefício limitado na fadiga; uso associado a riscos trombóticos e eventos cardiovasculares
- Alternativa: Transfusão pontual em pacientes sintomáticos e refratários

Fadiga no Final da Vida

Nos últimos dias ou semanas de vida, a fadiga se torna praticamente universal. Nessa fase o foco deve ser no conforto, incentivando o descanso e a economia de energia, além de evitar tratamentos agressivos ou medicamentos com efeitos adversos significativos.

A aceitação da fadiga como parte do processo de morrer pode ser trabalhada com o paciente e a família. O uso de corticoides de curta duração pode ser considerado, mas muitas vezes a intervenção mais apropriada é a escuta empática e suporte emocional.

FEBRE

A febre e a hipertermia são sintomas frequentes em pacientes sob cuidados paliativos, especialmente em contextos de doença oncológica avançada, infecções recorrentes, doenças neurológicas, síndromes inflamatórias, eventos tromboembólicos e falência orgânica múltipla. Embora classicamente interpretada como um sinal de resposta imune, a

febre, no contexto paliativo, dependendo da situação do paciente e de seu prognóstico, deve ser compreendida primordialmente como um **sintoma**, cujo manejo deve ser orientado pelo impacto no conforto, sofrimento e objetivos de cuidado do paciente, e não apenas pela sua etiologia.

Diferentemente do cenário curativo, em cuidados paliativos a decisão de investigar e tratar a febre exige uma abordagem individualizada, proporcional e eticamente fundamentada, equilibrando benefícios potenciais, ônus terapêuticos e o prognóstico global.

A diferenciação entre febre e hipertermia é fundamental, pois a resposta aos antipiréticos é distinta, e algumas condições de hipertermia representam emergências clínicas, mesmo em contexto paliativo.

A febre é definida como elevação regulada da temperatura corporal central acima do ponto de ajuste hipotalâmico, geralmente acima de 38,0 °C (podendo ser mais baixa em idosos), mediada por pirógenos endógenos (IL-1, IL-6, TNF- α , prostaglandina E2). Trata-se de um mecanismo ativo, com conservação de calor e aumento da produção térmica.

A hipertermia, por sua vez, resulta de falha nos mecanismos de dissipação de calor, sem alteração do set point hipotalâmico. Exemplos incluem hipertermia maligna, síndrome neuroléptica maligna, síndrome serotoninérgica, insolação, febre por drogas e lesões do sistema nervoso central.

Estudos observacionais mostram que até 40–60% dos pacientes em cuidados paliativos avançados apresentarão episódios de febre ao longo da evolução da doença. Em

pacientes oncológicos avançados, as causas mais comuns incluem:

- Infecções bacterianas, virais ou fúngicas
- Febre relacionada ao tumor (febre neoplásica)
- Reações medicamentosas
- Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar
- Abscessos ocultos
- Necrose tumoral

Em fases finais de vida, a febre pode ocorrer como manifestação do processo de morte ativa, associada à falência multissistêmica.

Avaliação Clínica no Contexto Paliativo

A avaliação da febre em CP deve ser guiada por três perguntas centrais:

“A febre está causando sofrimento significativo ao paciente?”

“Existe uma causa potencialmente reversível cujo tratamento esteja alinhado aos objetivos de cuidado?”

“A investigação e o tratamento trarão mais benefício do que ônus?”

A anamnese deve abordar frente a intensidade e padrão da febre (contínua, intermitente, vespertina), se há sintomas associados (dor, dispneia, delirium, calafrios, sudorese), se há uso recente de antibióticos, opioides, antipsicóticos, antidepressivos, se há presença de dispositivos invasivos e se tem histórico de febre neoplásica.

A decisão de solicitar exames laboratoriais ou de imagem deve ser individualizada. Em pacientes com prognóstico limitado e objetivos exclusivamente paliativos, muitas vezes a investigação etiológica não altera a conduta e pode ser omitida.

Impacto da Febre no Conforto e na Qualidade de Vida

A febre pode agravar diversos sintomas relevantes em cuidados paliativos:

- Aumento da dor
- Piora da dispneia
- Exacerbação de delirium
- Astenia intensa
- Desidratação
- Sofrimento psicológico

Em pacientes frágeis, idosos ou com reserva fisiológica limitada, mesmo elevações discretas da temperatura podem causar grande impacto funcional.

Abordagem Terapêutica não farmacológica:

- Adequação ambiental (temperatura do quarto)
- Retirada de excesso de roupas
- Compressas frias a mornas (evitar medidas agressivas)
- Hidratação oral conforme tolerância

Abordagem terapêutica farmacológica:

Antipiréticos:

Paracetamol

Fármaco de primeira linha

Dose usual: 500–1000 mg VO/EV a cada 6–8 horas

Dipirona:

Amplamente utilizada no Brasil

Dose: 500–1000 mg VO/EV/SC a cada 6–8 horas

AINES:

Podem ser considerados em casos selecionados

Risco elevado de efeitos adversos em pacientes frágeis

Corticoides:

Podem ser eficazes em febre neoplásica e em síndromes inflamatórias associadas ao câncer.

Dexametasona 4–8 mg/dia é frequentemente utilizada

Antibióticos:

O uso de antibióticos deve ser cuidadosamente avaliado:
Indicado quando há infecção com potencial de alívio sintomático

Evitar uso fútil em fase final de vida sem benefício claro

Aspectos Éticos e Comunicação

A febre frequentemente gera angústia em familiares, que a associam a sofrimento ou infecção grave. A comunicação clara

sobre o significado da febre, seus limites terapêuticos e o foco no conforto é fundamental.

Decisões de não tratar agressivamente a febre devem ser compartilhadas, documentadas e alinhadas ao plano de cuidados.

DISPNEIA:

A dispneia, definida pela American Thoracic Society como "uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que compreende sensações qualitativas distintas e de intensidade variável", é um sintoma extremamente prevalente e angustiante em pacientes em CP. Pode ocorrer em pacientes com câncer avançado, doenças pulmonares crônicas (DPOC, fibrose pulmonar), insuficiência cardíaca congestiva, doenças neuromusculares, doenças renais e hepáticas terminais, além de condições psicogênicas.

Estudos indicam que a prevalência da dispneia em pacientes com câncer terminal ultrapassa 70% nos últimos dias de vida, e mais de 90% nos pacientes com DPOC avançada. Sua presença está associada a sofrimento intenso, ansiedade, pânico e sensação iminente de morte, impactando negativamente a qualidade de vida.

A percepção da dispneia é resultado de uma interação complexa entre múltiplos sistemas, incluindo: quimiorreceptores centrais e periféricos, que detectam alterações nos níveis de oxigênio, dióxido de carbono e pH, mecanorreceptores pulmonares e da musculatura respiratória,

que respondem à distensão, esforço e obstrução e centros corticais e límbicos, responsáveis pela experiência emocional associada à respiração (sensação de sufocamento, ansiedade, medo).

A sensação de dispneia ocorre quando há um descompasso entre o esforço respiratório percebido e a resposta ventilatória real, mesmo na ausência de hipóxia ou hipercapnia significativas. A dispneia em CP é um sintoma multifatorial, com elevada carga de sofrimento físico e emocional. Sua abordagem requer avaliação clínica criteriosa, intervenções proporcionais, comunicação clara com o paciente e sua família, e integração entre recursos farmacológicos e não farmacológicos. O manejo eficaz da dispneia é um marco da boa prática paliativa e expressa o compromisso ético com o alívio do sofrimento.

A dispneia não deve ser ignorada ou subestimada. Tratar a falta de ar é tratar a dignidade do paciente.

Etiologias da Dispneia em CP

Pulmonares

- Obstrução brônquica por tumor, secreção ou corpo estranho

- Efusão pleural maligna

- Atelectasia

- Pneumotórax

- Infecção pulmonar

- Tromboembolismo pulmonar

- Fibrose ou doença pulmonar intersticial

- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

Cardíacas

- Insuficiência cardíaca congestiva (direita ou esquerda)
- Tamponamento cardíaco
- Arritmias

Neuromusculares

- Esclerose lateral amiotrófica (ELA)
- Distrofias musculares
- Miastenia gravis

Metabólicas e Sistêmicas

- Anemia severa
- Acidose metabólica
- Uremia
- Ansiedade ou síndrome do pânico

Neoplasias avançadas

- Compressão de vias aéreas
- Infiltração pleural ou pulmonar
- Metástases mediastinais

Avaliação Diagnóstica

A investigação da dispneia deve ser focada no contexto paliativo, evitando exames invasivos ou com baixo impacto na conduta. A avaliação clínica deve considerar:

- História clínica completa (início, duração, fatores agravantes, padrão evolutivo)

- Exame físico respiratório e cardiovascular
- Escalas de intensidade da dispneia (MRC):

0	Sem dispneia ou somente ao exercício intenso
1	Dispneia ao subir escadas ou ladeiras
2	Dispneia ao caminhar normalmente ou andar mais devagar que as outras pessoas da mesma idade
3	Dispneia ao andar menos que 100metros
4	Dispneia em atividades habituais como vestir ou tomar banho

- Sinais de esforço: uso de musculatura acessória, taquipneia, cianose, batimento de asa de nariz

Exames complementares indicados conforme o contexto clínico:

- Oximetria de pulso (SpO_2) — embora nem sempre correlacione com a percepção de dispneia
- RX de tórax, tomografia ou ultrassonografia à beira-leito
- Hemograma (anemia), gasometria, BNP/NT-proBNP (se indicado)
- Ecocardiograma (em casos selecionados)

O objetivo não é o diagnóstico etiológico definitivo a qualquer custo, mas estratificar causas potencialmente reversíveis ou tratáveis e diferenciar padrões ventilatórios.

Abordagem Terapêutica da Dispneia em CP

A abordagem da dispneia deve ser multimodal e centrada no paciente, visando alívio sintomático, funcionalidade e conforto. Divide-se em:

Intervenções Farmacológicas

1. Opioides sistêmicos:

São a medicação de primeira linha para dispneia refratária, independentemente da causa.

Mecanismo: modulação central da percepção de falta de ar (núcleos do tronco encefálico).

- Morfina:
 - o VO: iniciar com 2,5–35 mg a cada 4 horas; ajustar conforme resposta.
 - o SC/IV: 1–2 mg a cada 4h ou em bomba de infusão contínua.
 - o Dose de resgate: 10–15% da dose total diária.
- Outros opioides: oxicodona, fentanil, hidromorfona, especialmente em pacientes com contraindicações à morfina (ex: insuficiência renal).
 - Efeitos colaterais: constipação, náuseas, sedação (mais frequente na titulação inicial).

2. Benzodiazepínicos:

Indicado quando a dispneia é acompanhada de ansiedade ou sensação de pânico, não como tratamento isolado da dispneia.

- Lorazepam: 0,5–1 mg VO/SL a cada 6–8h.
- Midazolam: 1–2 mg SC/IV; pode ser usado em infusão contínua em fase terminal.

3. Corticoides:

Benéficos quando há:

- Obstrução de vias aéreas por tumor
- Edema pulmonar linfático
- Compressão extrínseca
- Doença pulmonar inflamatória
- DPOC exacerbada
- Dexametasona: 4–8 mg VO/IV 1x/dia

4. Broncodilatadores:

- Salbutamol, ipratrópio: úteis em DPOC ou broncoespasmo.

Pode ser utilizado por inalador dosimetrado ou nebulização.

5. Diuréticos:

- Furosemida: indicada em dispneia por congestão pulmonar ou insuficiência cardíaca. VO ou IV, doses de 20–40 mg, titulando conforme resposta.

6. Antibióticos:

Apenas quando há infecção pulmonar com repercussão clínica significativa e concordância com objetivos de cuidado. Se o paciente apresenta muita expectoração com dificuldade para eliminá-la, o tratamento da infecção tem sua indicação.

Lembrando que o uso de antibioticoterapia deve ser criterioso e efetivo. Não se prescreve antibiótico apenas para mascarar o quadro clínico ou que o médico não acredite que combaterá a infecção, mas apenas “para não deixar de dar algo.” Se prescrever antibiótico, precisa ser o ideal e o melhor para resolver aquela situação. Caso seja coletado amostra de escarro

ou hemocultura, ela deve ser julgada como critério para tratamento, não apenas para o conhecimento do germe. O exame precisa ter como objetivo a conduta que será prescrita ou tomada. Caso contrário, não há motivo para ser solicitado.

Intervenções Não Farmacológicas

1. Ventilação com ar ambiente ou ventilador:

- Corrente de ar no rosto ativa mecanorreceptores trigeminais, promovendo alívio subjetivo da dispneia.
- Uso de ventiladores de mesa pode ter efeito clínico significativo, muito mais que oxigenioterapia.

2. Oxigenoterapia:

Controverso em pacientes normoxêmicos, podendo muito mais atrapalhar que ajudar. Possui benefício claro apenas em pacientes com hipoxemia documentada ($SpO_2 < 90\%$) e cujo uso acarrete melhora do sintoma e não apenas ajuste da oximetria.

O oxigênio domiciliar pode causar desconforto, dependência psicológica e limitar mobilidade.

Não traz benefício na fase final da vida, em situação de fase ativa de morte ou sororoca, trazendo mais desconforto e ansiedade, tanto para o paciente como para seus familiares.

O diálogo frente ao uso do oxigênio deve ser sempre empático com os pacientes e familiares, muitas vezes já indicado antes mesmo da instalação do problema, para os envolvidos já estarem cientes da situação.

Desmamar o oxigênio de um paciente pode, muitas vezes, gerar mais desconforto, questionamentos e angústia que a própria não instalação do mesmo.

3. Reabilitação e posicionamento:

Realizado principalmente pelos fisioterapeutas e equipe de enfermagem, estas ações são muito úteis e podem gerar tanto conforto como as intervenções farmacológicas:

- Decúbito elevado (posição semi-Fowler)
- Mobilização passiva
- Técnicas de respiração diafragmática e controle de ritmo ventilatório com fisioterapeuta

4. Suporte psicológico:

Ansiedade agrava a percepção da falta de ar. Psicoterapia breve, técnicas de relaxamento, atenção plena (mindfulness), hipnose.

5. Ventilação não invasiva (VNI)

Indicado em casos selecionados com exacerbação aguda de DPOC ou IC com acidose respiratória. Contraindicado quando o objetivo é conforto exclusivamente, na fase de terminalidade irreversível.

Dispneia Refratária e Cuidados de Fim de Vida

Nos últimos dias ou horas de vida, a dispneia pode tornar-se refratária às medidas convencionais. Nessa fase, o foco deve ser o conforto absoluto. As opções incluem:

- Infusão contínua de morfina subcutânea
- Sedação paliativa: indicada para sofrimento refratário, com critérios clínicos e éticos bem estabelecidos.

- o Midazolam: 0,5–1 mg/h SC, titulado conforme sintomas.

- o Associar morfina, conforme necessário.

A decisão por sedação paliativa deve ser tomada em equipe, com documentação formal e discussão prévia com o paciente e/ou família.

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

A constipação intestinal (ou obstipação) é uma condição extremamente prevalente entre pacientes em CP, com incidência variando de 40% a 90%, dependendo da população, doença de base e tratamentos utilizados. Trata-se de uma fonte importante de sofrimento físico e psicológico, frequentemente subestimada ou negligenciada, mesmo por equipes experientes.

Em CP, a constipação pode decorrer de múltiplos fatores, como imobilidade, ingestão hídrica e alimentar insuficiente, medicamentos constipantes (notadamente opioides), desidratação, obstrução intestinal parcial, uso de anticolinérgicos, entre outros. Em pacientes que fazem uso crônico de opioides, a constipação ocorre em praticamente todos os casos, exigindo medidas preventivas desde o início da terapia analgésica. Existe a frase de uso comum entre os profissionais que fala: *“A mesma mão que prescreve o opioide é a que prescreverá o laxante”*.

A constipação deve ser abordada mais como um sintoma subjetivo do que como uma definição exclusivamente

quantitativa de frequência evacuatória. Critérios clínicos relevantes incluem:

- Diminuição do número de evacuações (< 3 por semana)
- Fezes endurecidas, ressecadas ou em pequeno volume
- Esforço evacuatório significativo
- Sensação de evacuação incompleta
- Necessidade de manobras digitais

A avaliação deve considerar não apenas a frequência, mas o padrão habitual do paciente, sua percepção de alívio e o impacto funcional.

Nos CP, a constipação geralmente resulta de:

-Opioides: diminuem a motilidade propulsiva intestinal, aumentam a absorção de água e reduzem a secreção de muco; seu efeito sobre o trato gastrointestinal não sofre tolerância.

- Imobilidade: reduz estímulos fisiológicos ao peristaltismo.

- Ingestão hídrica e alimentar insuficiente

- Fármacos adjuvantes: anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos, antieméticos (ondasetrona), antiácidos com alumínio ou cálcio.

- Hipocalcemia, hipercalcemia e desidratação

- Doença neurológica: acometimento do controle autonômico.

- Obstrução intestinal (mecânica ou funcional)

Avaliação Diagnóstica

O objetivo é identificar fatores reversíveis e determinar se há risco de complicações, como fecaloma ou suboclusão.

Avaliação inclui:

- História completa: padrão prévio de evacuação, início da alteração, uso de opioides ou outros fármacos constipantes
- Exame físico: distensão abdominal, ruídos hidroaéreos, toque retal (imprescindível!)
- Exames laboratoriais: eletrólitos, função renal, cálcio sérico
- Exames de imagem: radiografia de abdome (se distensão acentuada ou dor), ultrassom ou tomografia (se suspeita de obstrução)

Prevenção: A Chave da Boa Prática

A profilaxia é a conduta mais eficaz. Todo paciente em uso regular de opioides deve receber prescrição simultânea de laxativos, exceto se contraindicado (ex: diarreia ativa ou obstrução).

Medidas gerais:

- Estimular ingestão hídrica, se clinicamente possível
- Manter mobilidade ou fisioterapia ativa/passiva
- Adicionar fibras apenas se o paciente for capaz de ingerir líquidos adequadamente (caso contrário, pode agravar a constipação)
- Monitorar evacuações diariamente

Tratamento Farmacológico

Os laxativos são a base do tratamento, e sua escolha deve considerar o mecanismo de ação, velocidade de resposta e

tolerabilidade. O ideal é o uso combinado de agentes que aumentem o bolo fecal e que estimulem o peristaltismo.

Laxantes Formadores de Massa (Fibras)

Psílio, metilcelulose, polycarbofila

Mecanismo: aumentam o volume fecal por retenção de água

Uso: não são indicados para pacientes frágeis, acamados, desidratados ou com ingestão hídrica inadequada

- Dose típica (psílio): 1 sachê (3–5 g) VO 1–2x/dia com pelo menos 200 mL de água

- Riscos: distensão, cólicas, impactação se mal hidratado

Laxantes Osmóticos

1.Lactulose:

Dose: 10–20 mL VO 2x/dia, ajustado para 1–2 evacuações/dia

Efeitos: flatulência, distensão, gosto doce intenso

2.Sorbitol 70%:

Similar à lactulose, com menos efeitos adversos

3.Polietilenoglicol (PEG):

Dose: 17 g diluído em 250 mL de líquido VO 1–2x/dia

Muito bem tolerado, eficaz mesmo em constipação severa

Indicado especialmente em pacientes idosos e com doenças crônicas

Sais salinos (hidróxido de magnésio, fosfato de sódio):

Evitar em pacientes com insuficiência renal, desidratação ou risco de distúrbios eletrolíticos

Laxantes Estimulantes (Procinéticos)

1. Bisacodil:

Dose: 5–10 mg VO à noite ou 10 mg via retal (supositório)

Atua diretamente sobre plexo mioentérico

Uso seguro e eficaz, ideal como terapia de resgate

Riscos: cólicas, urgência evacuatória

2. Senna (sene, senosídeos A e B):

Dose: 1–2 comprimidos VO à noite (até 4/dia)

Muito utilizado em combinação com agentes osmóticos

Pouco custo, boa tolerância

Laxantes Emolientes (Amolecedores de fezes)

Docusato de sódio:

Dose: 100–200 mg VO 1–2x/dia

Pouca eficácia isolada; mais útil em associação com estimulantes

Poucos efeitos adversos

Supositórios e Enemas

Indicação: quando evacuação não ocorre por mais de 3 dias, ou há impactação retal

Supositórios de glicerina ou bisacodil

Enema de fosfato de sódio, óleo mineral ou solução salina

Evitar repetição diária; pode causar trauma ou desequilíbrio hidroeletrólítico

Agonistas de Receptores de Motilina ou Antagonistas μ -Periféricos

1. Metilnaltrexona:

Antagonista μ -opioides periférico, não atravessa BHE

Indicado para constipação induzida por opioides refratária a laxantes

Dose SC: 8 mg (pacientes < 62 kg) ou 12 mg (> 62 kg), em dias alternados

Efeito em 30–60 minutos

Riscos: dor abdominal, diarreia, raramente perfuração intestinal (se obstrução não diagnosticada)

Constipação Refratária

Quando o paciente não responde a laxantes convencionais, é fundamental:

- Reavaliar a possibilidade de fecaloma ou suboclusão
- Avaliar distúrbios metabólicos (cálcio, potássio, função renal)
- Considerar uso de metilnaltrexona
- Intensificar medidas combinadas (osmótico + estimulante + supositório)
- Considerar higiene do reto com toque e extração manual, se fecaloma

Cuidados na Fase Final de Vida

Na agonia, o foco deve ser o conforto. Se o paciente está em fase de sedação paliativa ou inconsciente, a evacuação pode

ser suspensão, a menos que haja desconforto claro (distensão, vômitos). A conduta deve ser proporcionada e não invasiva.

DIARREIA

A diarreia é um sintoma frequente e clinicamente relevante em pacientes em CP, podendo ocorrer em diferentes fases da doença avançada e resultar tanto da própria condição de base quanto de efeitos adversos de tratamentos, infecções, disfunções orgânicas ou intervenções iatrogênicas. Apesar de, por vezes, ser subvalorizada frente a sintomas como dor ou dispneia, a diarreia impacta significativamente a qualidade de vida, a dignidade, o conforto, o estado nutricional e o bem-estar psicológico do paciente, além de gerar elevado sofrimento para familiares e cuidadores. A abordagem paliativa exige compreensão fisiopatológica, avaliação cuidadosa de causas potencialmente reversíveis e manejo proporcional, centrado no conforto.

Diarreia é definida como aumento da frequência, do volume ou da fluidez das evacuações, geralmente com três ou mais episódios de fezes líquidas ou pastosas ao dia. Em Cuidados Paliativos, a caracterização clínica deve incluir a duração, volume e aspecto das fezes, presença de muco sangue ou gordura, se há sintomas associados (dor abdominal, urgência evacuatória, incontinência, febre) e qual o impacto funcional e psicossocial. A diarreia pode assumir padrões distintos, que refletem mecanismos fisiopatológicos específicos.

Dentre as principais causas de diarreia em pacientes eletivos a CP, podemos citar:

- intolerância alimentar
- uso de laxativos
- nutrição enteral inadequadamente ajustada
- má absorção por insuficiência pancreática ou doença intestinal
- Neoplasias secretoras
- Infecções
- Medicamentos (quimioterápicos, antibióticos, metformina)
- colite induzida por radiação
- doença inflamatória intestinal
- Toxicidade por imunoterapia
- síndrome intestino curto
- ansiedade e estresse
- neoplasias
- insuficiência pancreática
- isquemia mesentérica

A diarreia persistente pode levar a desidratação, distúrbios eletrolíticos (hipocalemia, hiponatremia), insuficiência renal aguda, perda ponderal e caquexia, além de lesões cutâneas perianais. Essas complicações agravam a fragilidade e aceleram o declínio funcional.

Diarreia paradoxal

Particularmente relevante em Cuidados Paliativos, refere-se à evacuação líquida que ocorre ao redor de um fecaloma,

frequentemente confundida com diarreia verdadeira. Seu reconhecimento é essencial, pois o tratamento envolve desimpactação e não antidiarreicos.

É fundamental ao atender um paciente com diarreia questionar quando foi a última vez que teve uma evacuação sólida antes de iniciar a diarreia. Caso tenha passado dias, provavelmente a diarreia seja paradoxal.

O exame físico é fundamental para a identificação do fecaloma, tanto através do exame do trato gastrointestinal como com o toque retal.

Tratamento não farmacológico:

Tratar causas potencialmente reversíveis quando compatível com os objetivos de cuidado.

Priorizar conforto, dignidade e controle de sintomas, evitando intervenções desproporcionais.

A adequação da nutrição deve ser feita, com ajustes do aporte via oral ou enteral.

Deve-se ter cuidado com a higienização, evitando uso de papéis higiênicos que poderão gerar escoriações, preferindo-se lavagem com água morna e compressas sem fricção, utilizando produtos (cremes e pomadas) de barreira para evitar o contato das fezes com a pele, minimizando dermatite perianal.

Tratamento farmacológico

Loperamida:

agonista periférico dos receptores opioides μ na parede intestinal, reduzindo a motilidade e aumentando o tempo de

trânsito, com maior absorção de água e eletrólitos. Não atravessa a barreira hematoencefálica em doses habituais.

Primeira linha para diarreia funcional ou secretória leve a moderada, diarreia associada a quimioterapia (não complicada) ou a antibióticos, após exclusão de colite grave

Dose inicial: 4 mg VO

Manutenção: 2 mg VO após cada evacuação diarreica

Dose máxima habitual: 16 mg/dia

Em Cuidados Paliativos, pode-se usar esquema fixo (ex.: 2 mg VO a cada 6–8 horas), ajustando conforme resposta

Efeitos colaterais: constipação, distensão abdominal, náuseas, íleo paralítico.

Evitar em suspeita de megacólon tóxico ou colite infecciosa grave

Monitorar risco de diarreia paradoxal em pacientes com constipação prévia

Racecadotril:

inibidor da encefalinase, reduzindo a hipersecreção intestinal de água e eletrólitos sem alterar significativamente a motilidade.

Indicado para diarreia secretória leve a moderada, situações em que se deseja evitar redução excessiva do peristaltismo e como alternativa à loperamida em pacientes com risco de constipação.

Evidência em adultos paliativos é limitada, devendo ser usada de forma criteriosa

Posologia (adultos): 100 mg VO a cada 8 horas

Manter até cessar a diarreia, geralmente por curto período

Efeitos colaterais: cefaléia, náuseas, reações cutâneas.

Opioides (ex.: codeína)

Agonismo opioide central e periférico, reduzindo o peristaltismo intestinal e a secreção.

Indicado para diarreia refratária às medidas convencionais. diarreia crônica em doença avançada e em pacientes já em uso de opioides para dor, com potencial benefício duplo

Posologia (codeína): 15–30 mg VO a cada 6–8 horas

Ajustar conforme resposta e tolerabilidade

Efeitos colaterais: sonolência, náuseas, rebaixamento do nível de consciência, delirium,

Octreotida:

Análogo da somatostatina, inibe secreções gastrointestinais, reduz fluxo esplâncnico e diminui motilidade intestinal.

Indicado em diarreias secretórias graves, diarreia associada a tumores neuroendócrino, diarreia refratária em câncer avançado e diarreia associada à quimioterapia ou radioterapia

Posologia:

Inicial: 50–100 mcg SC a cada 8–12 horas

Titulação progressiva conforme resposta

Em casos refratários: infusão contínua SC ou IV

Efeitos colaterais: dor no local da aplicação, náuseas, flatulência, hiper ou hipoglicemia, colelitíase.

Corticosteroides:

Potente efeito anti-inflamatório e imunossupressor, reduzindo edema, infiltração celular e dano mucoso.

Indicado para colite inflamatória, colite actínica, colite imune por imunoterapia, e diarreia inflamatória associada a infiltração tumoral

Posologia (exemplos):

Prednisona: 0,5–1 mg/kg/dia VO

Dexametasona: 4–8 mg/dia VO ou IV

Efeitos colaterais: hiperglicemia, retenção hídrica, insônia, delirium, miopatia proximal.

NÁUSEAS E VÔMITOS

Náuseas e vômitos (N/V) são sintomas altamente prevalentes em pacientes sob CP, afetando entre 40–70% dos indivíduos com doenças avançadas. Embora frequentemente agrupados, são fenômenos distintos, com fisiopatologia parcialmente sobreposta. O manejo eficaz exige compreensão dos mecanismos envolvidos, identificação de causas reversíveis e seleção racional de terapias farmacológicas e não farmacológicas.

Fisiopatologia das Náuseas e Vômitos

O ato emético é coordenado por uma rede neurofisiológica complexa envolvendo o centro do vômito (localizado na formação reticular do bulbo, integrando estímulos aferentes e coordenando a resposta motora), a zona de gatilho quimorreceptora (localizada na área postrema, fora da barreira hematoencefálica, sendo sensível a toxinas, opioides, ureia, hipercalcemia, fármacos, tendo como receptores predominantes: D2, 5-HT3, NK1, opioides), sistema vestibular (relacionado com cinetose e distúrbios do equilíbrio, com os receptores: H1, muscarínicos (M1)), trato gastrointestinal (distensão, obstrução, gastroparesia, constipação, com envolvimento de 5-HT3, NK1, D2, além de liberação de serotonina por células enterocromafins), córtex e sistema límbico (emoções, ansiedade, dor, aversões condicionadas).

Etiologias em Cuidados Paliativos:

Gastrointestinais:

- Constipação
- Obstrução intestinal parcial ou completa
- Gastroparesia (opióides, diabetes)
- Gastrite, úlcera péptica
- Ascite maciça
- Hepatomegalia tumoral

Metabólicas:

- Hipercalcemia
- Uremia
- Hiponatremia

- Cetoacidose diabética
- Insuficiência hepática

Fármacos:

- Opioides
- Antibióticos
- Quimioterápicos
- Digoxina
- AINEs
- Anticonvulsivantes

Neurológicas:

- Aumento da pressão intracraniana
- Metástases cerebrais
- Vestibulopatias

Psicológicas:

- Ansiedade
- Condicionamento aversivo

Outras

- Tosse intensa
- Dor mal controlada
- Odor ou estímulos ambientais

Avaliação Clínica e Investigação:

História Clínica:

- Início, duração, padrão (contínuo, pós-prandial, matinal)

- Relação com medicamentos
- Presença de constipação
- Sintomas associados: dor, distensão, soluços, disfagia, náuseas, alteração do nível de consciência, confusão mental
- Características do vômito (alimentar, bilioso, fecaloide, com sangue)

Exame Físico

- Avaliação abdominal: massas, ruídos hidroaéreos, defesa
- Sinais de desidratação
- Avaliação neurológica
- Sinais de hipertensão intracraniana

Exames Complementares (quando indicados)

Em Cuidados Paliativos, exames devem ser direcionados e com impacto terapêutico claro.

- Hemograma, eletrólitos, ureia/creatinina
- Cálcio sérico
- Função hepática
- Radiografia de abdome
- TC de abdome ou crânio (se mudança de conduta for possível)
- USG para ascite

Manejo Terapêutico Geral

- Identificar e tratar causas reversíveis.
- Escolher antiemético baseado no mecanismo fisiopatológico predominante.

- Usar via subcutânea, transdérmica ou retal quando via oral não for possível.
- Reavaliar frequentemente.

Manejo Não Farmacológico

- Fracionamento das refeições
- Evitar alimentos gordurosos ou muito condimentados
- Ambiente ventilado e sem odores fortes
- Hidratação adequada
- Correção de constipação
- Técnicas de relaxamento e manejo da ansiedade
- Acupuntura e acupressão podem ajudar (ponto P6 – Nei-Kuan)
- Elevação da cabeceira após refeições

Manejo Farmacológico:

Antagonistas dopaminérgicos (D2)

Metoclopramida:

- Mecanismo: antagonista D2 + pró-cinético (5-HT4).
- Indicações: gastroparesia, náuseas por opioides, refluxo, obstrução parcial.
- Posologia usual:
 - 10 mg VO/SC a cada 8/6 h;
 - Infusão contínua SC: 30–60 mg/dia.
- Efeitos adversos: acatisia, distonia, diarreia, sedação.
- Contraindicações: obstrução completa, Parkinson.

Haloperidol:

- Mecanismo: antagonista D2 central.
- Indicações: náuseas químicas (opioides, toxinas, uremia).
- Posologia: 0,5–2 mg VO/SC a cada 12 h;
 - Infusão SC: 1–5 mg/dia.
- Efeitos adversos: sedação, sintomas extrapiramidais, QT prolongado.

Levomepromazina:

- Mecanismo: bloqueio múltiplo (D2, H1, M1, 5-HT2).
- Indicações: náuseas refratárias.
- Posologia: 6,25–12,5 mg VO/SC à noite; até 25 mg/dia.
- Efeitos adversos: sedação intensa, hipotensão.

Antagonistas serotoninérgicos (5-HT3):

Ondansetrona:

- Indicações: náuseas por quimioterapia, radioterapia, distensão GI.
- Posologia: 4–8 mg VO/IV a cada 8 h.
- Efeitos adversos: constipação, cefaleia, prolongamento de QT.
- Observação: não possui efeito pró-cinético.
- Atenção: diminui o efeito do tramadol.

Antagonistas histamínicos (H1):

Dimenidrinato:

- Indicações: vertigem, cinetose, náuseas vestibulares.
- Posologia: 50–100 mg a cada 6 h.

- Efeitos adversos: sedação, boca seca, retenção urinária.

Prometazina:

- Indicações: náuseas vestibulares ou associadas à ansiedade.
- Posologia: 12,5–25 mg VO/IM a cada 6–8 h.
- Efeitos adversos: sedação intensa, hipotensão.

Corticoides:

Dexametasona:

- Mecanismo: anti-inflamatório, reduz edema peritumoral, aumenta apetite.
- Indicações: hipertensão intracraniana, obstrução intestinal parcial, náuseas refratárias.
- Posologia: 4–8 mg VO/IV pela manhã.
- Efeitos adversos: insônia, hiperglicemia, miopatia, delírio.

Antagonistas NK1

Aprepitanto:

- Indicações: náuseas refratárias secundárias a quimioterapia.
- Posologia: 125 mg VO no dia 1; 80 mg VO nos dias 2–3.
- Efeitos adversos: fadiga, soluços, interações medicamentosas.

Benzodiazepínicos:

- Indicações: náuseas antecipatórias, ansiedade associada.
- Exemplo: Lorazepam 0,5–1 mg VO/SL a cada 8–12 h.

- Efeitos adversos: sedação, risco de quedas.

Terapia combinada:

Indicações:

- Múltiplos mecanismos envolvidos.
- Náuseas refratárias.
- Obstrução intestinal.

Exemplo clássico:

- Metoclopramida + Dexametasona + Haloperidol (atuando em receptores distintos).

Situações Especiais

Obstrução Intestinal Maligna

- Evitar pró-cinéticos se obstrução completa.
- Opções:
 - Octreotida 100–300 mcg SC 8/8 h ou infusão contínua
 - Dexametasona 4–8 mg/dia
 - Escopolamina
 - Antieméticos centrais (haloperidol, levomepromazina)

Hipertensão Intracraniana

- Dexametasona é o fármaco de escolha.
- Associar antiemético dopaminérgico.

Náuseas por Opioides

- Preferir metoclopramida ou haloperidol.
- Ajustar dose do opioide se necessário.

Náuseas Metabólicas (uremia, hipercalemia)

- Tratar causa base:
 - Hidratação, bifosfonatos, diálise paliativa quando apropriado.
 - Antieméticos centrais (haloperidol).

PRURIDO

O prurido é um sintoma frequentemente debilitante, mas muitas vezes negligenciado, em pacientes em CP. Pode ocorrer como sintoma primário de doenças sistêmicas, como insuficiência hepática ou renal, ou como consequência de neoplasias avançadas, terapias medicamentosas, alterações metabólicas e causas dermatológicas secundárias.

Estima-se que até 50% dos pacientes em CP apresentarão prurido em algum momento, sendo a prevalência ainda maior em casos de colestase maligna, insuficiência renal terminal e doenças hematológicas. O impacto na qualidade de vida é profundo, frequentemente associado à insônia, agitação, depressão, sofrimento psicológico e físico.

O prurido é uma sensação complexa que compartilha vias neurológicas com a dor, mas com mecanismos distintos. Pode ser pruritogênico (mediado por histamina e receptores específicos) ou neuropático (por disfunção de vias aferentes centrais ou periféricas). Fatores inflamatórios, opioides endógenos,

substâncias biliares, toxinas urêmicas, serotonina, proteases, e interleucinas (como IL-31) participam de seu mecanismo.

Causas Comuns de Prurido em CP

Sistêmicas:

- Colestase hepática (neoplasias hepáticas, obstrução biliar, colangite esclerosante): prurido frequentemente generalizado, pior à noite.

- Insuficiência renal crônica (prurido urêmico): tipicamente simétrico, em dorso, braços e couro cabeludo.

- Doenças hematológicas (linfomas, leucemias): prurido aquagênico ou generalizado.

- Neoplasias sólidas: prurido paraneoplásico.

- Hipertireoidismo / Hipotireoidismo

- Síndrome carcinoide

- Diabetes mellitus (neuropático)

- Deficiências vitamínicas (A e ferro)

Medicamentos:

- Opioides (especialmente morfina)

- Antibióticos (penicilinas, sulfonamidas)

- Antineoplásicos (inibidores de tirosina quinase)

- Varfarina, AINEs, hidroclorotiazida, alopurinol

Dermatológicas:

- Xerose cutânea

- Dermatites de contato

- Escabiose

- Micoose fungoide

Psicológicas / Idiopáticas

- Prurido psicogênico
- Ansiedade generalizada

Avaliação Diagnóstica

A investigação do prurido deve ser individualizada e proporcional à condição clínica e expectativa de vida do paciente.

História Clínica:

- Início, padrão (diurno/noturno), localização, fatores agravantes
- História de doenças hepáticas, renais ou hematológicas
- Uso de novos medicamentos
- Resposta prévia a tratamentos

Exame físico:

- Presença de lesões secundárias (escoriações, liquenificação)
- Evidência de dermatoses
- Linfadenomegalia, icterícia, sinais de xerose

Exames complementares sugeridos (conforme contexto):

- Função hepática completa (bilirrubina, fosfatase alcalina, GGT, TGO/TGP)
- Função renal (ureia, creatinina, eletrólitos)
- TSH, glicemia, hemograma, ferro sérico, ferritina

- Sorologias (hepatites, HIV, se indicado)

Abordagem Terapêutica

O tratamento deve ser multimodal, incluindo medidas farmacológicas e não farmacológicas, sempre priorizando o conforto e a funcionalidade. Nos pacientes paliativos, intervenções devem ser proporcionais, de baixo risco e com rápida resposta clínica.

. Medidas Não Farmacológicas:

- Hidratação cutânea regular: uso de emolientes neutros, como vaselina líquida, óleo de amêndoas, loções com ureia 5–10%.
- Evitar banhos quentes e sabonetes agressivos
- Manter unhas curtas (redução de escoriações e infecções secundárias)
- Roupas leves e tecidos naturais (algodão)
- Ambientes frescos e umidificados
- Terapia ocupacional e psicológica: para prurido de fundo emocional

Tratamento Farmacológico

A escolha depende da causa provável, com ajustes conforme resposta. Em muitos casos, combinações são necessárias.

1. Anti-histamínicos

Indicação: prurido histamínico (dermatites, urticárias), mas pouco eficaz em prurido colestático ou urêmico

-Hidroximetina (hidroxizina): 25–50 mg VO à noite.
Sedativo.

- Dexclorfeniramina: 2–4 mg VO 3–4x/dia

- Loratadina / cetirizina: 10 mg VO 1x/dia. Menos sedativos.

- Ebastina 10mg VO 1x dia

Efeitos colaterais: sedação, boca seca, retenção urinária (especialmente em idosos)

2. Opioides Antagonistas ou Modificadores

Para prurido colestático ou por opioides

-Naltrexona: 25–50 mg VO 1x/dia

Boa eficácia para prurido colestático

Contraindicações: hepatopatia grave, uso atual de opioides analgésicos

-Naloxona EV: alternativa hospitalar, raramente usada em CP

3. Rifampicina:

- Mecanismo: induz enzimas hepáticas, reduz sais biliares

- Dose: 150–300 mg VO 1–2x/dia

- Indicação: prurido colestático refratário

- Efeitos adversos: hepatotoxicidade, interações medicamentosas (indutor enzimático)

4. Antidepressivos:

Alguns antidepressivos têm ação antipruriginosa central, úteis em prurido neuropático ou psicogênico.

- Mirtazapina: 15–30 mg VO à noite

Sedativo, aumenta apetite, útil em pacientes com caquexia. Boa resposta em prurido refratário (ex: câncer avançado, insuficiência renal)

- Amitriptilina / Nortriptilina: 10–25 mg VO à noite

Efeitos colaterais anticolinérgicos

- Inibidores de recaptção de serotonina

Sertralina: 50–100 mg VO/dia

Eficácia documentada em prurido colestático e idiopático

5. Gabapentinoides

Gabapentina / Pregabalina: moduladores da excitabilidade nervosa

-Gabapentina: iniciar com 100–300 mg VO à noite; dose usual: 300–900 mg/dia

- Pregabalina: 25–75 mg VO à noite

Indicação: prurido neuropático (ex: prurido urêmico, pós-herpético)

Efeitos colaterais: tontura, sedação, confusão

6. Colestiramina

Resina sequestradora de sais biliares

Dose: 4 g VO 1–2x/dia

Indicado em prurido colestático leve

Desvantagens: gosto desagradável, interação com outros fármacos, constipação

Conduta em Situações Específicas

A. Prurido colestático (ex: obstrução biliar por tumor)

Rifampicina 300 mg/dia

Naltrexona 25–50 mg/dia

Mirtazapina 15 mg VO à noite

Ureia tópica + emolientes

Casos obstrutivos: considerar drenagem biliar paliativa

B. Prurido urêmico (paciente dialítico ou em terminalidade renal)

Gabapentina 100–300 mg VO

Mirtazapina

Emolientes tópicos

Fototerapia (apenas em unidades especializadas)

C. Prurido induzido por opioides

Rotação de opioide (ex: morfina → fentanil)

Antagonistas opioides periféricos (naloxegol, metilnaltrexona)

Anti-histamínico de 1ª geração (ex: hidroxizina)

DELIRIUM

O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica aguda, caracterizada por distúrbio da consciência, alteração da atenção e flutuações do estado mental. Afeta até 85% dos pacientes em

fase terminal e está associado a maior mortalidade, sofrimento e institucionalização.

Pode se manifestar de forma hipo, hiperativo ou misto.

Etiologia:

- Orgânicas: infecções (ITU, pneumonia), hipoxemia, distúrbios metabólicos (hiponatremia, uremia), neoplasias cerebrais.
- Iatrogênica: polifarmácia (anticolinérgicos, benzodiazepínicos), opióides em altas doses.
- Ambiental: privação do sono, mudança de ambiente, isolamento social.
- Psicológica: ansiedade, medo, depressão não tratada.

Avaliação

Ferramentas úteis: Confusion Assessment Method (CAM):
Método de avaliação de confusão (CAM) para diagnosticar delirium

Características necessárias

-Início agudo e evolução flutuante demonstrado por respostas positivas às seguintes perguntas:

"O estado mental do paciente mudou abruptamente a partir da linha de base?" "O comportamento anormal flutuou durante o dia (isto é, tendeu a aparecer e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade)?"

Desatenção demonstrada por uma resposta positiva à seguinte pergunta:

"O paciente teve dificuldade de focalizar a atenção (p. ex., era facilmente distraído ou teve dificuldade de acompanhar o que estava sendo dito)?"

Uma das seguintes características exigidas:

Pensamento desordenado a partir de uma resposta positiva à seguinte pergunta:

"O pensamento do paciente era desordenado ou incoerente (p. ex., evidenciado por incoerência ou conversa irrelevante, fluxo de ideias obscuro ou ilógico, ou mudança imprevisível entre um tema e outro)?"

Nível alterado de consciência demonstrado por qualquer resposta diferente de "alerta" à seguinte pergunta:

"No geral, como você classificaria o nível de consciência desse paciente?" Normal = alerta / Hiperalerta = vigilante / Sonolento, facilmente despertado = letárgico / Difícil de despertar = estupor / Não despertável = coma

O diagnóstico de delirium requer a presença das 2 primeiras características mais uma das 2 outras características.

Manejo Não Farmacológico

- Ambiente estruturado e calmo.
- Manter ciclo sono-vigília.
- Reorientação frequente (relógio, calendário).
- Presença de familiar ou cuidador de referência.
- Controle da dor e desconforto físico.

- Eliminar fatores precipitantes (infecção, retenção urinária, constipação).

Manejo Farmacológico do sintoma hiperativo

Usado quando há risco ao paciente/terceiros, sofrimento intenso ou falha de medidas não farmacológicas.

Fármaco	Dosagem	Ef colaterais	Contra indicações
Haloperidol	0,5-2mg VO/EV/IM 4.4h	Sintomas extrapiramidais Aumento QT	Parkinsonismo
Quetiapina	12,5-50mg VO 12.12h	Sedação, hipotensão postural	Hipotensão
Risperidona	0,25-2mg 2x dia	Efeitos extrapiramidais	Parkinsonismo
Olanzapina	2,5-5mg Vo dia	Sedação. Ef. Extrapiramidais Hipotensão Postural	Sind. Metabolica
Clorproma- zina	25-50mg VO/ IM 8.8H	Sedação intensa. Hipotensão	Parkinsonismo

Observação: A clozapina raramente é usada em CP devido ao risco de agranulocitose, embora seja eficaz em alguns quadros refratários.

INSÔNIA

A qualidade do sono é um aspecto essencial da saúde e do bem-estar em todas as fases da vida, mas ganha especial importância no contexto dos CP. Pacientes com doenças avançadas frequentemente enfrentam múltiplos desafios que comprometem o sono, como dor crônica, dispneia, ansiedade, prurido, delirium, uso de medicamentos com efeitos colaterais sedativos ou estimulantes, e alterações no ritmo circadiano. A privação ou fragmentação do sono impacta negativamente o humor, a cognição, a percepção da dor e a qualidade de vida, além de potencializar o sofrimento existencial. Por isso, adotar medidas de higiene do sono deve ser uma prioridade no plano de cuidados paliativos, respeitando os desejos e valores do paciente.

O sono é regulado por dois sistemas principais: o processo homeostático (pressão do sono que aumenta com o tempo acordado) e o ritmo circadiano (controlado principalmente pela luz e pelo ciclo dia-noite). Em pacientes gravemente enfermos, ambos os sistemas podem estar desregulados devido à hospitalização prolongada, uso de luz artificial contínua, repouso no leito, alteração na produção de melatonina, e fatores metabólicos. Além disso, muitos pacientes apresentam polissonografia alterada, com predomínio do sono leve (fases N1 e N2), redução do sono REM e sono fragmentado.

Avaliação do sono em Cuidados Paliativos

A avaliação deve ser contínua, respeitosa e multidimensional, incluindo o relato do paciente, quando possível, sobre a qualidade do sono e as observações da equipe e dos familiares sobre padrões de vigília/sono, episódios de confusão noturna (delirium noturno), agitação ou apneia.

Uso de escalas simples, como a Escala de Qualidade do Sono de Pittsburgh adaptada, podendo ser acessada no link abaixo:

<https://score.awellhealth.com/calculations/psqi>

Princípios de higiene do sono adaptados ao cuidado paliativo

Embora as medidas clássicas de higiene do sono sejam amplamente difundidas, é necessário adaptá-las ao contexto do paciente terminal, respeitando suas limitações físicas, emocionais, cognitivas e espirituais. Os principais cuidados incluem:

Ambiente terapêutico:

- Manter o quarto com luminosidade adequada durante o dia e escuro à noite.
- Reduzir ruídos noturnos (alarmes, conversas, passos).
- Garantir temperatura confortável e ventilação.
- Evitar estímulos excessivos à noite, como televisão ligada ou visitas barulhentas.

- Usar sons relaxantes (música suave, sons da natureza) se forem bem aceitos.

Rotina e previsibilidade:

- Estabelecer horários regulares para atividades como banho, refeições e medicações, quando possível.

- Favorecer exposição à luz natural durante o dia (abrir janelas, levar à varanda).

- Incentivar breves períodos fora da cama durante o dia (se clinicamente viável) para diferenciar vigília do repouso.

- Evitar cochilos longos ou múltiplos durante o dia.

Conforto físico:

- Garantir controle rigoroso da dor, com ajustes de analgesia antes do sono.

- Avaliar e tratar sintomas como dispneia, náuseas, refluxo, prurido.

- Oferecer medidas não farmacológicas: massagens, banho morno, mudança de decúbito com cuidado, cobertas aquecidas.

- Proporcionar cama confortável e posicionamento ergonômico.

Intervenções psicossociais e espirituais:

- Reduzir a ansiedade com escuta ativa, apoio psicológico e espiritual.

- Proporcionar momentos de conversa tranquila ou leitura reconfortante antes de dormir.
- Identificar medos noturnos, angústias existenciais ou experiências traumáticas anteriores ligadas à noite.
- Estimular práticas significativas para o paciente, como oração ou meditação.

Abordagem medicamentosa racional

Embora a prioridade seja sempre o manejo não farmacológico, há casos em que o uso de medicamentos pode ser necessário. A prescrição deve ser individualizada, respeitando a funcionalidade hepática e renal, o estado de consciência e os objetivos de cuidado.

Fármacos comumente utilizados:

Melatonina: pode ser útil para regulação circadiana, com perfil de segurança elevado. Ainda necessita de mais estudos que comprovem sua eficácia.

Antidepressivos sedativos: como mirtazapina (boa opção também para perda de apetite e ansiedade), principalmente em doses baixas de 12,5mg ou trazodona 50mg à noite ou Amitriptilina 12,5-25mg à noite

Benzodiazepínicos de curta duração: como lorazepam, com cautela para evitar delirium ou depressão respiratória.

Antipsicóticos: como quetiapina ou olanzapina em pacientes com insônia associada a delírios ou agitação noturna.

Anti-histamínicos: em casos selecionados (ex: hidroxizina, difenidramina), porém com potencial anticolinérgico.

Drogas Z como zolpidem e ezopiclona, devendo ser evitados por longos períodos. Atentar para risco de confusão mental.

Sono e fase final da vida

Nos últimos dias de vida, o sono torna-se predominantemente um estado de repouso prolongado. A sonolência profunda é esperada e, muitas vezes, bem-vinda como um processo natural do desligamento corporal. Neste momento, a meta principal é garantir conforto, dignidade e ausência de sofrimento. Intervenções ativas para promover o estado de alerta não são recomendadas. Cabe à equipe acolher a família e orientá-la sobre essas mudanças fisiológicas, evitando interpretações errôneas como "está sendo sedado à força" ou "ele desistiu".

SOLUÇO

Soluço é uma contração espasmódica involuntária do diafragma, seguida de fechamento abrupto da glote. Pode ser agudo (transitório), persistente (>48 h) ou intratável (>1 mês). Em CP, a forma persistente/intratável é a mais relevante, associada a sofrimento, insônia, anorexia e dor torácica.

Etiologias em CP

- Irritação do nervo frênico/vago (tumores, linfadenopatias mediastinais).
- Gastrite, refluxo, distensão abdominal (ascite, íleo).
- Doenças neurológicas (AVC, esclerose lateral amiotrófica).
- Efeitos adversos de medicamentos (corticosteroides – principalmente dexametasona, benzodiazepínicos).
- Insuficiência renal ou hepática.

Terapias Não Farmacológicas

Estímulo vagal: beber água gelada, manobra de Valsalva.

Estimulação faríngea com açúcar granulado.

Massagem no seio carotídeo (com cuidado).

Terapia Farmacológica

Fármaco	Mecanismo / Indicação	Posologia	Efeitos adversos	Contraindicações
Clorpromazina	Antipsicótico	25–50 mg VO/IM 3–4x/dia	Sedação, hipotensão ortostática	Hipotensão grave
Metoclopramida	Procinético e antiemético – útil em distensão	10 mg VO/EV 3–4x/dia	Diarreia, sintomas extrapiramidais	Parkinsonismo
Baclofeno	Agonista GABA-B – miorelaxante	5 mg VO 2–3x/dia	Sedação, fraqueza, hipotensão	Insuficiência renal

	diafragmático	(máx: 80 mg/dia)		
Gabapentina	Modula aferência diafragmática	100–300 mg VO 1–3x/dia	Sonolência, tontura, edema	IR avançada
Haloperidol	Alternativa se falha à clorpromazina	0,5–1 mg VO/SC 2–3x/dia	Extrapiramidais, QT longo	Parkinsonismo
Omeprazol	Se refluxo associado	20–40 mg VO/dia	Diarreia, hipomagnesemia crônica -	

HIPERSECREÇÃO RESPIRATÓRIA (SOROROCA)

A hipersecreção terminal – muitas vezes referida no jargão clínico como “sororoca” – é um fenômeno comum, multifatorial e angustiante que ocorre frequentemente nas últimas horas ou dias de vida de pacientes em CP. Trata-se da acumulação de secreções no trato respiratório superior, geralmente associada à perda do reflexo de deglutição e tosse eficaz, resultando em ruídos respiratórios audíveis, muitas vezes descritos como “estertores de morte” ou “death rattle”. Embora classicamente considerado um sinal da proximidade da morte, seu manejo deve priorizar o alívio do sofrimento da família e da equipe, pois o paciente geralmente encontra-se inconsciente e sem percepção do sintoma. O reconhecimento

precoce, o manejo compassivo e baseado em evidências , e a comunicação clara e empática são os pilares do cuidado adequado. O uso criterioso de anticolinérgicos, mudanças posturais e medidas de conforto compõem uma abordagem eficaz, alinhada com os princípios dos Cuidados Paliativos: aliviar o sofrimento, respeitar a dignidade e humanizar o processo de morrer .

Fisiopatologia da Hipersecreção Terminal

Na fase de declínio funcional progressivo, particularmente nas últimas 24 a 72 horas de vida, ocorrem alterações significativas na fisiologia respiratória:

- Diminuição da consciência e da força muscular : o paciente perde a capacidade de deglutir eficientemente saliva e secreções respiratórias.
- Ausência de tosse reflexa ou voluntária : o mecanismo natural de limpeza das vias aéreas fica abolido.
- Acúmulo de secreções : estas permanecem nas vias aéreas superiores (principalmente orofaringe, hipofaringe e traqueia), gerando ruídos inspiratórios e expiratório de baixa frequência.

A produção de secreções não está necessariamente aumentada, mas sua eliminação é prejudicada. Em alguns casos, há hipersecreção ativa (ex: em broncopneumonias terminais, neoplasias traqueobrônquicas, ou edema pulmonar), agravando o quadro.

Etiologias:

Fatores neurológicos :

- Redução do nível de consciência (coma hepático, encefalopatia urêmica, uso de opioides e sedativos).
- Lesões centrais (tumores, AVEs, metástases cerebrais).

Condições pulmonares :

- Infecções respiratórias (bronquite, pneumonia terminal).
- Neoplasias primárias ou metastáticas pulmonares.
- Derrame pleural com congestão pulmonar.
- Edema agudo de pulmão (cardiogênico ou não).

Condições sistêmicas:

- Desidratação com hiperviscosidade das secreções.
- Falência orgânica múltipla.
- Hipersecreção colinérgica reativa (rara).

Impacto clínico e psicossocial

Paciente : geralmente inconsciente ou sedado, não há evidência científica de sofrimento ou desconforto associado ao ruído.

Familiares : frequentemente angustiados pela impressão de “sufocamento”, “afogamento” ou “agonia”.

Equipe : pode interpretar erroneamente o quadro como insuficiência respiratória aguda.

É essencial oferecer orientações claras e compassivas aos familiares, explicando que o ruído decorre de secreções acumuladas e não de sofrimento, evitando intervenções desnecessárias e iatrogênicas.

Diagnóstico diferencial

Antes de iniciar o tratamento, é importante distinguir a hipersecreção terminal de outras condições que também causam ruídos respiratórios:

Quadro	Características	Manejo
Estertores crepitantes finos	Edema pulmonar terminal	Diuréticos e opioides
Estridor	Obstrução traqueal por tumor	Corticoides, oxigenoterapia
Roncos graves	Secreção em vias aéreas superiores	Mudança de decúbito, aspiração leve
Dispneia ruidosa	Ansiedade respiratória consciente	Opioides e benzodiazepínicos

Tratamento da hipersecreção terminal

O tratamento tem caráter sintomático e paliativo, com o objetivo de reduzir a quantidade de secreções e minimizar o

impacto emocional do ruído respiratória . Não se busca a cura da causa subjacente, pois estamos na fase de terminalidade.

Medidas não farmacológicas:

- Reeducação da equipe e familiares
- Explicar a fisiopatologia e o significado clínico do ruído.
- Enfatizar que o paciente não está em sofrimento.
- Tranquilizar quanto à naturalidade do processo.
- Mudança de decúbito: Posicionar o paciente em decúbito lateral (preferencialmente direito) para facilitar o escorrimento passivo das secreções. Elevar o cabeceiro da cama em 30 a 45°.

- Evitar hidratação excessiva: A administração venosa ou enteral de fluidos pode agravar o quadro. A hidratação artificial deve ser reavaliada e, se necessário, suspensa ou reduzida .

- Evitar aspiração agressiva: Aspiração orofaríngea pode causar desconforto, lesão de mucosa e reflexos indesejáveis. Pode ser usada apenas superficialmente e de forma pontual , se houver secreção visível e excessiva.

Tratamento farmacológico:

Os anticolinérgicos são a base do tratamento medicamentoso. Eles reduzem a secreção glandular sem impactar diretamente a secreção inflamatória.

1. Escopolamina butilbrometo (Buscopan)

20 mg a cada 4-6h ou 60 mg/dia em infusão contínua SC ou IV

Primeira escolha no Brasil. Menor penetração em SNC.

2. Escopolamina hioscina (hioscina hidrobrometo):

0,2-0,4 mg SC a cada 6h ou infusão contínua

Mais potente, maior penetração SNC, pode causar sedação e delirium.

3. Colírio de Atropina:

1-2 gotas SL a cada 1h (máx. 10 gotas/dia)

Alternativa prática, eficaz. Risco de taquicardia.

A resposta clínica é variável e pode levar 2 a 4 horas .

O benefício é limitado se o paciente já apresenta secreções em grande quantidade.

XEROSTOMIA

A xerostomia, ou sensação subjetiva de boca seca, é um sintoma altamente prevalente entre pacientes em Cuidados Paliativos, afetando de 50% a 88% das pessoas com doenças avançadas, particularmente nos estágios terminais da vida. Embora frequentemente subvalorizada na prática clínica, compromete significativamente a qualidade de vida, interferindo na deglutição, comunicação, percepção do paladar, higiene oral, conforto bucal e no bem-estar psicológico e social do paciente.

Dada sua alta prevalência e impacto multidimensional, o manejo clínico da xerostomia deve fazer parte da avaliação sistemática dos sintomas em CP, com abordagem

individualizada, multiprofissional e proporcional aos objetivos de cuidado.

Fisiopatologia da xerostomia

A saliva é produzida principalmente pelas glândulas parótidas, submandibulares e sublinguais, e exerce funções críticas na manutenção da homeostase da cavidade oral, incluindo:

- Lubrificação da mucosa;
- Facilitação da mastigação e deglutição;
- Defesa antimicrobiana (imunoglobulina A, lisozima);
- Tamponamento do pH oral;
- Prevenção de cáries e infecções fúngicas.

Etiologias mais comuns

Efeitos adversos de medicamentos

A principal causa iatrogênica. Classes mais implicadas:

- Opioides (morfina, oxicodona, fentanil): reduzem o reflexo de deglutição e secam as mucosas.
- Anticolinérgicos (escopolamina, atropina, glicopirrolato): inibem secreção salivar.
- Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina).
- Antipsicóticos (haloperidol, olanzapina).
- Antieméticos (metoclopramida, ondansetrona).
- Diuréticos, benzodiazepínicos, e antihistamínicos também contribuem.

Desidratação

Muito comum em fases avançadas, decorrente da menor ingesta hídrica, diarreia, vômitos ou uso de diuréticos.

Radioterapia de cabeça e pescoço

Irradiação de glândulas salivares promove dano irreversível com fibrose e hipofunção.

Doenças sistêmicas e imunológicas

Síndrome de Sjögren, diabetes, insuficiência renal ou hepática, neoplasias infiltrativas.

Respiração bucal e oxigenoterapia contínua

Aumentam a evaporação da saliva e secam diretamente a mucosa oral.

Hiperventilação e ansiedade

Associadas a boca seca funcional, relacionada ao sistema nervoso autônomo.

Avaliação clínica da xerostomia

A avaliação deve ser proativa, regular e sistemática, uma vez que os pacientes frequentemente não verbalizam o sintoma espontaneamente.

Entrevista clínica

Perguntas simples e abertas:

“Sua boca tem ficado seca com frequência?”

“Tem tido dificuldade para engolir alimentos secos?”

“Tem sentido a língua áspera ou a boca pegajosa?”

Exame físico da cavidade oral

Mucosa ressecada, opaca, com fissuras;

Língua saburrosa ou atrófica;

Presença de saburra intensa ou candidíase;

Dificuldade de mobilidade da língua;

Redução de saliva à expressão das glândulas.

Impacto funcional

Disfagia para sólidos secos (biscoito, pão);

Dificuldade para falar longamente sem água;

Paladar alterado (disgeusia);

Dor oral ou queimação.

Abordagem terapêutica da xerostomia em Cuidados Paliativos

O tratamento deve ser individualizado, centrado no conforto e nos objetivos do paciente. Em geral, os cuidados se dividem em medidas não farmacológicas (primeira linha) e intervenções farmacológicas, com ou sem estimulação salivar.

Medidas não farmacológicas

a) Cuidados de higiene oral:

Escovação suave com escova de cerdas macias;

Limpeza regular da língua;

Enxágue bucal com água ou solução salina (evitar enxaguantes com álcool);

Uso de gaze umedecida para limpeza mecânica quando escovação não é possível.

b) Hidratação frequente da cavidade oral

Oferecer pequenos goles de água, gelo picado, spray de água;

Uso de cotonete embebido em água, soro fisiológico ou saliva artificial;

Evitar alimentos secos, salgados ou condimentados.

c) Estimulação mecânica da saliva

Mastigação de goma sem açúcar (em pacientes com dentição e deglutição preservadas);

Chupar balas ácidas sem açúcar;

Estimulação com limão (evitar em mucosa ulcerada).

d) Ambiente e fatores externos

Umidificação do ambiente;

Evitar ventiladores diretamente na face;

Reduzir o uso contínuo de oxigênio sem umidificação.

Medidas farmacológicas

Reservadas para pacientes com xerostomia significativa e incômodo funcional, especialmente quando medidas não farmacológicas não foram suficientes:

a) Saliva artificial

Gel, spray ou enxaguante com carboximetilcelulose ou mucinas.

Efeito temporário, uso sob demanda.

b) Agentes sialogogos (estimulação farmacológica das glândulas)

Mais indicados em pacientes com função residual de glândulas salivares, como após radioterapia ou síndrome de Sjögren leve. Uso limitado em pacientes paliativos avançados.

Pilocarpina

Dose: 5 mg VO 3x/dia.

Contraindicada em pacientes com asma, glaucoma de ângulo fechado, insuficiência cardíaca ou renal grave.

Efeitos colaterais: sudorese, cefaleia, rubor, diarreia.

Tratamento de causas secundárias

Candidíase oral: frequentemente associada à xerostomia.

Nistatina oral (100.000 UI/mL, 5 mL 4x/dia por 7–14 dias).

Fluconazol VO 100 mg/dia por 7–14 dias em casos refratários.

Suspensão ou substituição de fármacos causadores quando possível (ex: troca de antidepressivo tricíclico por inibidor seletivo de recaptção de serotonina).

Xerostomia na fase terminal da vida

Nos últimos dias ou horas de vida, a xerostomia pode coexistir com redução do reflexo de deglutição, hipossaliva e desidratação fisiológica.

A hidratação artificial nesse momento não melhora a xerostomia e pode trazer efeitos adversos como hipersecreção respiratória ou edema.

A ênfase deve ser no cuidado oral regular, com umedecimento da boca, uso de gaze, soro fisiológico e lubrificantes suaves.

Cuidados com a dignidade do paciente são essenciais: lábios rachados, língua saburrosa e halitose são fatores evitáveis com atenção adequada.

Considerações éticas

A xerostomia, embora pareça um sintoma menor, é uma fonte real de sofrimento e pode ser desumanizante se negligenciada. Oferecer alívio adequado é parte do compromisso ético e compassivo com o paciente em Cuidados Paliativos.

Evitar iatrogenias, respeitar limites funcionais do paciente.
Priorizar conforto, higiene, dignidade e escuta atenta.

Envolver familiares nos cuidados bucais com orientação adequada.

SÍNDROME DA IMOBILIDADE

A síndrome da imobilidade representa um complexo conjunto de manifestações clínicas decorrentes da restrição parcial ou total da mobilidade corporal, levando à disfunção progressiva de múltiplos sistemas orgânicos. Em pacientes sob CP, essa síndrome é frequentemente observada devido à combinação de doenças avançadas, fadiga intensa, dor, alterações neurológicas, efeitos adversos de medicamentos e comprometimento do estado funcional.

Fisiopatologia e Etiologia

A imobilidade em pacientes paliativos resulta da interação complexa entre fatores físicos, neurológicos, psicológicos e sociais, entre eles:

- Fraqueza muscular generalizada (sarcopenia e caquexia);
- Doenças neurológicas (como AVC, esclerose lateral amiotrófica, doenças neurodegenerativas);
- Dor mal controlada ;
- Dispneia e fadiga extrema (comum em doenças cardiorrespiratórias terminais);
- Depressão e apatia ;
- Delirium hipoativo ;
- Efeitos adversos de medicamentos , como sedativos, opioides em dose inadequada, benzodiazepínicos;
- Fraturas e sequelas ortopédicas ;
- Déficits sensoriais (cegueira, surdez, desorientação espacial);

- Incapacidade funcional progressiva .

O desuso muscular leva a um ciclo vicioso de atrofia, diminuição da mobilidade articular, rigidez, dor ao movimento e mais inatividade, resultando em declínio funcional acelerado.

Fatores de Risco

Os principais fatores de risco incluem:

- Idade avançada;
- Neoplasias em estágio terminal;
- Doença neurológica progressiva;
- Multimorbidade (ICC, DPOC, insuficiência renal/hepática);
- Desnutrição e hipoproteïnemia;
- Presença de úlceras de pressão;
- Hospitalizações recorrentes;
- Uso contínuo de sedativos e antipsicóticos;
- Isolamento social ou abandono familiar;
- Cuidados domiciliares sem suporte multiprofissional.

Complicações Clínicas da Imobilidade

A síndrome da imobilidade está associada a várias complicações sistêmicas, muitas das quais impactam diretamente a qualidade de vida do paciente em fase terminal:

Sistema Músculo-Esquelético

- Atrofia muscular;
- Osteopenia e risco aumentado de fraturas;
- Contraturas e deformidades articulares.

Sistema Respiratório

Hipoventilação basal;
Atelectasias;
Pneumonias por aspiração ou hipostáticas.

Sistema Cardiovascular

Hipotensão postural;
Tromboembolismo venoso (TEV), especialmente TVP;
Estase venosa periférica.

Sistema Tegumentar

Úlceras de pressão (escaras);
Dermatoses associadas à umidade (dermatite associada à incontinência).

Sistema Urinário

Retenção urinária;
Infecções urinárias de repetição;
Incontinência funcional.

Sistema Gastrointestinal

Constipação grave;
Impactação fecal;
Anorexia por inatividade.

Sistema Neurológico

Delirium;
Isolamento sensorial;
Queda do nível de consciência por complicações associadas.

Psicológico e Social

Depressão;

Desesperança;

Sentimento de inutilidade ou abandono.

Estratégias Terapêuticas no Manejo

Medidas Gerais:

Promoção da mobilidade na medida do possível , respeitando os limites do paciente e os objetivos de cuidado;

Mudança de decúbito a cada 2 horas (quando tolerado), evitando fricção e cisalhamento;

Posicionamento terapêutico com coxins e almofadas para conforto e prevenção de escaras;

Adequação do leito (colchões pneumáticos, camas articuladas).

Controle de Sintomas Associados:

a) Dor

Uso racional de analgésicos (opioides ajustados à função renal/hepática);

Considerar técnicas adjuvantes como massoterapia, calor local e fisioterapia leve.

b) Espasticidade e Contraturas

Relaxantes musculares (ex: baclofeno 5-60 mg/dia em dose fracionada);

Massagem e mobilizações passivas suaves com acompanhamento fisioterapêutico.

Toxina botulínica pode ser feita, com efeitos temporários e reversíveis.

Fasciotomia pode ser considerada em casos muito selecionados, onde a contratura está gerando sofrimento importante e não há outras opções efetivas.

Lesões por Pressão :

Uso de coberturas modernas (hidrocoloides, espumas, alginatos);

Alívio de pontos de pressão;

Nutrição adequada;

Analgesia eficaz.

Abordagem Interdisciplinar

O sucesso do manejo depende da atuação conjunta da equipe multiprofissional:

Médicos: Definir objetivos terapêuticos, prescrever medidas farmacológicas e decidir limitação de medidas fúteis;

Fisioterapia: Mobilização passiva, prevenção de contraturas, treino de posicionamento e respiração assistida;

Enfermagem: Monitoramento contínuo da pele, mudança de decúbito, hidratação e higiene;

Nutrição: Dietas de conforto, enriquecidas, suplementação oral quando indicado;

Psicologia e Serviço Social: Apoio ao paciente e cuidadores, escuta ativa, mediação de conflitos familiares;

Cuidados espirituais: Acolhimento das crenças e do sentido de vida diante da perda da autonomia.

Comunicação com Paciente e Família

A síndrome da imobilidade frequentemente marca o início da fase terminal da vida . Portanto, é fundamental:

Comunicar com clareza sobre a progressão irreversível da funcionalidade ;

Discutir antecipadamente planos de cuidado (incluindo não realização de reabilitação intensiva ou medidas invasivas);

Estimular a construção de um plano de cuidado centrado em conforto , dignidade e respeito à autonomia.

HEMORRAGIAS

As hemorragias em CP podem ocorrer de forma aguda, maciça e irreversível, sendo especialmente devastadoras nos tumores cavitários, de cabeça e pescoço, pulmonares, ginecológicos ou digestivos. A chamada hemorragia catastrófica (ou exsanguinante) representa uma situação de emergência que pode levar à morte em poucos minutos.

Causas principais

- Invasão tumoral de vasos de grande calibre (ex.: artéria carótida, artéria pulmonar).
- Ulceração de lesões neoplásicas superficiais.

- Coagulopatias associadas à doença hepática ou quimioterapia.
- Trombocitopenia.
- Uso de anticoagulantes ou antiagregantes.
- Fístulas arteriovenosas tumorais.

Sinais premonitórios

- Sangramentos em "sentinela" (ex: pequenas epistaxes ou hemoptises).
- Ardência local, sensação de pulsação tumoral.
- Hematomas crescentes, disfagia, dispneia súbita.

Manejo clínico emergencial

Condutas imediatas (proporcionalidade terapêutica)

Ambiente calmo, presença de equipe treinada.

Sedação de conforto antecipada:

- o Midazolam: 2–5 mg IV ou SC; pode repetir ou manter infusão contínua.
- o Morfina: 2–5 mg IV/SC para alívio de dispneia ou dor.

Posicionar o paciente de forma a minimizar o desconforto (ex: decúbito lateral com cabeceira elevada).

Não insistir em medidas invasivas ou reanimação, salvo decisão previamente discutida com o paciente.

Fármacos possíveis para sangramentos recorrentes ou não exsanguinantes:

Fármaco	Indicação	Dose Via	Efeitos colaterais
Ácido tranexâmico	Hemorragias mucosas, tumores cavitários	1 g 8/8h ou infusão 1g EV 3x/dia VO ou EV	Náusea, trombose, cefaleia
Vitamina K	Coagulopatia por hepatopatia	10 mg/dia EV/IM/VO	Anafilaxia (EV rápido), prurido
Corticoides (dexametasona)	Edema peritumoral	4–8 mg/dia VO/IV/SC	Hiperglicemia, insônia, irritabilidade
Octreotida	Hemorragia digestiva (ex: varizes)	25–50 mcg/h (infusão contínua)	Hipoglicemia, dor abdominal, cefaleia

OBSTRUÇÃO INTESTINAL MALIGNA (OIM)

A obstrução intestinal maligna (OIM) é uma complicação frequente e devastadora em pacientes oncológicos avançados, especialmente aqueles com câncer de ovário, cólon, estômago e carcinomatose peritoneal. No contexto dos CP, representa um desafio terapêutico complexo, em que o manejo deve equilibrar o controle de sintomas, qualidade de vida e respeito aos princípios da terminalidade.

O enfoque não é mais a cura, mas sim o alívio do sofrimento, o controle dos sintomas e o suporte ao paciente e sua família frente à progressão da doença.

A apresentação clínica da obstrução intestinal maligna é heterogênea, dependendo do nível, extensão e velocidade de instalação da obstrução. Os principais sinais e sintomas incluem:

- Dor abdominal: geralmente de caráter cólico, mas pode se tornar contínua em obstruções completas ou associadas à isquemia ou distensão severa.

- Náuseas e vômitos: mais precoces quando a obstrução é em intestino delgado e mais tardios nas obstruções de cólon.

- Distensão abdominal: frequente, mais pronunciada em obstruções distais.

- Parada de eliminação de flatos e evacuação: sinal clássico nas obstruções completas.

- Borborismos e ruídos hidroaéreos aumentados ou ausentes: dependendo da fase da obstrução (hipermotilidade inicial, seguida de íleo paralítico tardio).

- Desidratação, desequilíbrios hidroeletrólíticos e desnutrição: decorrentes da incapacidade de absorção e das perdas digestivas.

No contexto paliativo, frequentemente o quadro é subagudo ou intermitente, podendo evoluir para quadro crônico de suboclusão, alternando períodos de obstrução e alívio parcial dos sintomas.

Investigação Diagnóstica

O objetivo da investigação no paciente paliativo com OIM não é apenas confirmar o diagnóstico, mas também avaliar o grau da obstrução, a localização, a extensão e possíveis complicações, sempre considerando o estado funcional e o prognóstico do paciente.

Avaliação Clínica:

- Anamnese detalhada e exame físico focado.
- Avaliação da história oncológica, resposta a tratamentos prévios, estado nutricional e funcional (ECOG ou Karnofsky).

Exames de Imagem:

- Radiografia de abdome em ortostase e decúbito: pode evidenciar níveis hidroaéreos, distensão de alças e ausência de gás distal.
- Tomografia Computadorizada (TC) de abdome: exame de escolha, permite identificar localização e extensão da obstrução, causas (carcinomatose, massas, compressões extrínsecas, infiltração tumoral), complicações como perfuração, abscessos e ascite, além de volume de ascite e disseminação peritoneal.
- Ultrassonografia: útil, especialmente à beira-leito, mas limitada na avaliação global.

Exames Laboratoriais:

- Avaliação de eletrólitos (sódio, potássio, cloro, magnésio), função renal e parâmetros inflamatórios.
- Avaliação nutricional: albumina, pré-albumina, hemoglobina.

Abordagem Terapêutica no Contexto Paliativo

O manejo deve ser centrado nos objetivos do cuidado, priorizando o alívio dos sintomas e a qualidade de vida. As opções podem ser conservadoras, farmacológicas, endoscópicas ou cirúrgicas, sempre ponderadas frente ao prognóstico e às preferências do paciente e da família.

Tratamento Conservador (não cirúrgico):

Indicado na maioria dos casos, especialmente quando há carcinomatose peritoneal extensa, múltiplos níveis de obstrução, baixo status funcional e curta expectativa de vida.

Medidas Gerais:

Jejum absoluto ou dieta conforme tolerância.

Hidratação venosa, cautelosa, evitando sobrecarga.

Aspiração nasogástrica ou drenagem por sonda nasoentérica, quando vômitos são frequentes.

Controle de Sintomas (Farmacológico):

Antieméticos: haloperidol, ondansetrona, metoclopramida (com cuidado se não houver íleo).

Antissecretores:

Octreotida (análogo da somatostatina): reduz secreções gastrointestinais e vômitos.

Escopolamina butilbrometo: ação anticolinérgica, reduz motilidade e secreções.

Analgésicos: Preferência por opioides (morfina, fentanil) para controle da dor abdominal.

Corticosteroides (Dexametasona): ajudam a reduzir edema peritumoral, efeito anti-inflamatório e possível efeito pró-motilidade.

Cuidados Adicionais:

Cuidados com boca seca e conforto oral.

Avaliação contínua da evolução dos sintomas e readequação das condutas.

Intervenções Cirúrgicas Paliativas:

Indicações cirúrgicas são altamente seletivas e devem considerar:

- Obstruções únicas e tecnicamente resolvíveis;
- Ausência de carcinomatose difusa;
- Bom estado funcional e expectativa de vida superior a 2-3 meses.

Possibilidades cirúrgicas:

- Derivações (gastrojejunostomia, ileotransversostomia);
- Ressecções segmentares;
- Colostomias ou ileostomias descompressivas.

A cirurgia paliativa tem alta morbimortalidade em pacientes oncológicos avançados, devendo ser cuidadosamente indicada.

Abordagens Endoscópicas e Radiológicas

- Colocação de próteses autoexpansíveis (stents) colônicos: especialmente eficaz em obstruções colônicas, promovendo desobstrução sem necessidade de cirurgia.
- Punção e drenagem de ascite (paracentese): alivia desconforto abdominal e melhora sintomas respiratórios.
- Gastrostomia ou jejunostomia descompressiva: em casos de obstrução proximal refratária, para alívio de vômitos e distensão.

Discussão dos Limites Terapêuticos e Cuidados Finais

É fundamental no contexto paliativo discutir precocemente os objetivos do cuidado, os limites das intervenções e respeitar as escolhas do paciente e sua família. Aspectos éticos como recusa de medidas invasivas, sedação paliativa em situações de sofrimento refratário, e cuidados de conforto no fim de vida são essenciais.

O manejo da OIM não se encerra na terapêutica específica, mas abrange suporte psicológico, espiritual e social, dentro de uma abordagem integral e multiprofissional.

ANEMIA

A anemia é uma das condições clínicas mais prevalentes entre pacientes em cuidados paliativos, com incidência variando de 40% a 80%, dependendo da população estudada. É

especialmente comum em pacientes com neoplasias avançadas, doença renal crônica, doença cardíaca terminal, infecções crônicas ou doenças hematológicas. Na grande maioria dos casos, é uma manifestação esperada das patologias, e não uma doença em si.

Nos Cuidados Paliativos (CP), a anemia não deve ser tratada com o objetivo de normalizar parâmetros laboratoriais, mas sim para aliviar sintomas, melhorar o conforto e promover qualidade de vida. O tratamento deve ser individualizado e proporcional, respeitando os objetivos do cuidado, a expectativa de vida e a fase da doença.

Etiologias da Anemia em Cuidados Paliativos

A anemia é frequentemente multifatorial, e as principais causas nos pacientes sob CP incluem:

Anemia da Doença Crônica (Inflamatória)

- Produção inadequada de eritropoietina.
- Inibição da eritropoiese pela inflamação (IL-6, TNF-alfa).
- Sequestro de ferro funcional

Deficiência de ferro

- Por sangramentos gastrointestinais (ex: câncer colorretal, uso de AINEs).
- Má absorção (gastroenteropatias, medicamentos).
- Ingesta inadequada.

Infiltração da medula óssea

- Por neoplasias hematológicas ou metástases.
- Substituição da hematopoese normal por tecido neoplásico.

Quimioterapia, radioterapia e fármacos mielotóxicos

- Supressão da medula óssea.
- Lesão do microambiente hematopoiético.

Deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico

- Comum em idosos, alcoólatras, pacientes com câncer gástrico ou tratamentos citotóxicos.

Hemorragias crônicas ou agudas

- Erosões, neoplasias ulceradas, menorragia, hemorragia digestiva, hematúria.

Doenças renais crônicas

-Produção insuficiente de eritropoietina.
-Acúmulo de toxinas urêmicas que afetam a sobrevivência eritrocitária.

Impacto da Anemia no Paciente Paliativo

A anemia pode contribuir significativamente para a queda do desempenho funcional e para sintomas debilitantes, como:

- Fadiga intensa (um dos sintomas mais prevalentes em CP).
- Dispneia aos esforços ou de repouso.

- Palpitações, taquicardia compensatória.
- Fraqueza generalizada.
- Letargia, confusão ou declínio cognitivo.
- Insônia e perda de apetite.

O impacto da anemia não se correlaciona apenas com o valor da hemoglobina, mas com a velocidade de instalação, reserva fisiológica do paciente e comorbidades associadas, como insuficiência cardíaca ou doença pulmonar.

Avaliação Diagnóstica e Laboratorial

A investigação laboratorial deve ser focada e proporcional. Em pacientes com expectativa de vida muito limitada, pode ser suficiente a análise clínica associada a poucos exames básicos. Em outros casos, uma investigação mais completa pode ser indicada.

Exames úteis:

- Hemograma completo: tipo de anemia, morfologia eritrocitária.
- Reticulócitos: resposta medular.
- Ferritina, ferro sérico, saturação de transferrina.
- Vitamina B12 e folato sérico.
- Creatinina e função renal.
- PCR ou VHS (marcadores de inflamação crônica).
- Teste oculto nas fezes (em caso de suspeita de sangramento).

- Mielograma e biópsia medular, em casos muito selecionados (geralmente evitados em pacientes paliativos).

Estratégias Terapêuticas

O tratamento deve considerar a causa da anemia, os sintomas associados, a expectativa de vida e fase da doença e os valores e desejos do paciente.

Transfusão de Concentrado de Hemácias (CH)

Indicações nos CP:

- Anemia sintomática, especialmente com dispneia, angina, tontura ou fadiga limitante.
- Queda abrupta da hemoglobina, mesmo sem sintomas imediatos.
- Paciente com expectativa de melhora funcional com a transfusão.

Condutas práticas:

Limitar a transfusão a 1-2 unidades, com avaliação clínica subsequente.

Priorizar a melhora do sintoma, e não a normalização laboratorial.

Evitar transfusão rotineira em paciente assintomático com hemoglobina > 7-8 g/dL.

Riscos:

- Sobrecarga de volume.
- Reações transfusionais.
- Atraso na transição para cuidados exclusivamente de conforto.
- Internações desnecessárias.

Suplementação de ferro

Indicado quando há deficiência documentada de ferro e expectativa de vida superior a algumas semanas. Requer pelo menos 2-4 semanas para mostrar resposta clínica.

Formas:

- Ferro oral: limitado em pacientes com inflamação, efeitos colaterais gastrointestinais frequentes.
- Ferro endovenoso: mais eficaz, melhor tolerabilidade, uso preferencial em pacientes com absorção reduzida.

Eritropoetina (EPO) e análogos

Indicada com anemia da doença crônica, especialmente associada à doença renal ou câncer, que:

- Têm expectativa de vida superior a 2-3 meses.
- Não desejam transfusões frequentes.
- Têm reserva funcional para tolerar resposta hematológica lenta.

Posologia:

Epoetina alfa: 30.000 UI/semana ou 10.000 UI 3x/semana SC.

Darbepoetina: 150 mcg/semana SC ou 300 mcg a cada 2 semanas.

Efeitos colaterais:

- Hipertensão arterial.
- Trombose.
- Progressão tumoral (potencial risco em câncer ativo).
- Necessidade de controle laboratorial frequente.

Suplementação de vitamina B12 e ácido fólico

Indicação em deficiência documentada, especialmente em idosos, alcoólatras, gastrectomizados, ou em uso de metotrexato. Possuem baixo risco de efeitos adversos, sendo bem tolerados.

Cianocobalamina (B12): 1000 mcg IM 1x/semana por 4 semanas, depois mensal ou sublingual diária.

Ácido fólico: 5 mg/dia VO.

Considerações Éticas e Proporcionalidade Terapêutica

O foco deve ser alívio sintomático e funcionalidade.

Nem toda anemia precisa ser tratada, especialmente em fase terminal da vida ou se a funcionalidade do paciente está tão limitada que ela não gere repercussão clínica, independente dos valores laboratoriais.

O tratamento de anemia pode ser interrompido quando não produz benefício clínico mensurável ou se há recusa do paciente ou sobrecarga emocional e logística da intervenção.

HIPERCALCEMIA MALIGNA

Hipercalemia associada a neoplasias ocorre por:

- Secreção de PTHrP (ex: câncer de pulmão, rim, mama).
- Metástases ósseas com lise óssea ativa.
- Produção ectópica de calcitriol.

Apresenta como sintomas: náuseas, poliúria, polidipsia, QT encurtado no ECG, podendo apresentar coma, arritmias e morte se níveis muito elevados.

Tratamento:

Fármaco	Dose e via	comentários
Hidratação EV	200-300ml/h	Dilui cálcio e promove calciúria
Ácido zoledrônico	4mg Ev em 15'	Início em 48h, persiste semanas
Pamidronato	60–90 mg EV em 2–4h	Alternativa ao zoledronato
Calcitonina	4 mg EV em 15 min 4 UI/kg SC/IM 6/6h por 48h	Efeito transitorio
Corticoides	Dexametasona 4 mg 12/12h VO/EV	se mieloma ou linfoma)

Monitorar função renal, eletrólitos e sinais de sobrecarga hídrica.

Considerar paliatividade exclusiva quando refratária ou com impacto funcional terminal.

ANOREXIA

A anorexia, definida como a redução ou perda do apetite, é um dos sintomas mais prevalentes e angustiantes em pacientes em CP. Está presente nos pacientes com câncer avançado e é igualmente comum em doenças crônicas progressivas não oncológicas, como insuficiência cardíaca avançada, DPOC, doença renal crônica terminal, doenças neurodegenerativas e demências avançadas.

No contexto paliativo, a anorexia não deve ser interpretada isoladamente, mas como parte de um processo sindrômico complexo, frequentemente associado à caquexia, fadiga, declínio funcional e sofrimento psicossocial. Além disso, ela carrega forte carga simbólica e emocional, especialmente para familiares, que frequentemente associam alimentação à vida, cuidado e esperança.

Fisiopatologia da anorexia no paciente paliativo

A anorexia em doenças avançadas resulta da interação de múltiplos mecanismos centrais e periféricos, frequentemente coexistentes.

Mecanismos centrais:

Inflamação sistêmica crônica, com liberação de citocinas pró-inflamatórias que atuam no hipotálamo, alterando o balanço

entre neuropeptídeos orexígenos (NPY, grelina), neuropeptídeos anorexígenos (POMC, melanocortina), gerando supressão do estímulo alimentar, mesmo na presença de déficit calórico.

Alterações hormonais e metabólicas, com resistência à grelina, aumento de leptina inflamatória, hipermetabolismo basal em alguns tumores, catabolismo proteico e lipídico alterações do eixo HPA (hipotálamo–hipófise–adrenal)

Fatores periféricos:

- Gastroparesia
- Retardo do esvaziamento gástrico
- Constipação
- Disgeusia e ageusia
- Saciedade precoce
- Náuseas crônicas

Dimensão psicossocial e existencial:

- Depressão
- Ansiedade
- Transtorno de adaptação
- Luto antecipatório
- Perda do sentido simbólico da alimentação
- Conflitos familiares relacionados à comida

Causas de anorexia em Cuidados Paliativos:

A anorexia é sempre multifatorial. Para fins didáticos, pode ser classificada em:

Causas relacionadas à doença de base:

- Neoplasias avançadas (especialmente GI, pulmão, pâncreas)
- Insuficiência cardíaca avançada
- DPOC grave
- Doença renal crônica terminal
- Cirrose avançada
- Doenças neurológicas progressivas
- Demência avançada

Causas iatrogênicas:

- Opioides
- Anticolinérgicos
- Antidepressivos (alguns)
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Antibióticos
- Polifarmácia

Causas potencialmente reversíveis (muito relevantes):

- Dor mal controlada
- Náuseas e vômitos
- Constipação
- Estomatite
- Candidíase oral
- Xerostomia
- Refluxo gastroesofágico
- Infecções

- Hipercalcemia
- Insuficiência adrenal
- Depressão

Anorexia–caquexia:

Quando associada a:

- Perda de peso involuntária
- Perda de massa muscular
- Inflamação sistêmica

Não reversível apenas com suporte nutricional

Avaliação clínica e investigação diagnóstica

A investigação deve ser proporcional, orientada por sintomas, com foco em causas tratáveis e evitando exames fúteis ou que não mudem a conduta.

A anamnese deve ser detalhada abordando-se como foi o início do quadro, evolução, se apresenta sintomas concomitantes (náuseas, dor, saciedade precoce, alterações do paladar, perda ponderal e impacto funcional), se há sofrimento psíquico do paciente e da família.

É fundamental averiguar se teve início ou foi desencadeada pela doença de base e uso de algum medicamento.

Deve-se dialogar frente as expectativas e crenças culturais sobre alimentação neste momento da vida e da finitude do paciente,

A avaliação deve ser completa, observando-se o estado geral e funcional (escalas PPS, ECOG, KPS), observar sinais de

desidratação e anemia, avaliar a cavidade oral, procurar por distensão e massas abdominais, além de fecaloma, edema e ascite.

A investigação laboratorial, quando indicada, deve possuir o raciocínio clínico de que o resultado do exame só terá serventia se houver possibilidade de conduta terapêutica do sintoma. Pode-se solicitar hemograma, glicemia, provas hormonais (TSH), função renal e hepática, cálcio. A dosagem de vitaminas deve ser vista com muita parcimônia, pois os pacientes podem estar com níveis séricos adequados mesmo estando subnutridos ou emagrecidos. Também deve ser averiguado o quanto os resultados dos testes e seus tratamentos influenciarão no bem estar, no prognóstico e na reversão do sintoma.

Manejo terapêutico não farmacológico da anorexia

O manejo deve ser individualizado, centrado na pessoa, no prognóstico e nos objetivos de cuidado.

Anorexia em fim de vida não é sinônimo de sofrimento inevitável

Alimentação forçada não melhora prognóstico, podendo aumentar desconforto (náuseas, dispneia, edema, broncoaspiração, síndrome de realimentação) e agregar mais comorbidades ao paciente que já está frágil.

O foco deve ser conforto, prazer, autonomia e aliviar desconforto emocional.

A abordagem nutricional paliativa deve englobar a oferta de pequenas porções várias vezes ao dia, com alimentos

preferidos, evitando-se dietas restritivas. Deve-se enfatizar a alimentação por prazer e não por obrigação ou punitiva, com texturas adequadas e sem horários rígidos.

A comunicação com o paciente e com a família é fundamental, onde se explica os motivos da anorexia, descontrói-se mitos de que a pessoa vai morrer de fome (principalmente em pessoas que não se comunicam, restritas a leite, com demências avançadas ou que estejam no final da vida). Deve-se conversar sobre os riscos e benefícios de suporte nutricional artificial (sondas nasoentéricas, gastrostomia e jejunostomia), individualizando-se cada caso.

Muitas vezes, a família está muito mais ansiosa que o paciente, devendo no diálogo sempre informar que se dará a prioridade ao paciente e que muitas vezes faz parte do processo do adoecimento e finitude e que a falta do alimento não será o causador ou acelerador da morte.

Deve-se ter um ambiente tranquilo com a presença afetiva das pessoas, respeitando a recusa alimentar e evitando conflitos à mesa.

Tratamento farmacológico

Corticosteroides:

Dexametasona (2–8 mg/dia) ou prednisona

Aumento transitório do apetite, melhora de bem-estar. Possui efeito curto (2- 4 semanas) e riscos de efeitos adversos significativos como: miopatia, delirium, edema, hiperglicemia e imunossupressão.

Progestágenos:

Acetato de megestrol 160mg 1 comp. Ao dia

Evidência de aumento do apetite e peso (principalmente gordura) com pouco impacto em sobrevida

Possui riscos de tromboembolismo, retenção hídrica e supressão adrenal, devendo ser usado cautelosamente.

Procinéticos:

Metoclopramida é útil em saciedade precoce, gastroparesia, podendo ser prescrito 10mg cerca de 30 minutos antes das refeições.

Atentar aos efeitos extrapiramidais possíveis com o uso mesmo por curto espaço de tempo.

Canabinoides

Ainda necessitando de maiores evidências, podendo ser usado como alternativa, visando melhorar apetite e humor. As doses devem ser individualizadas com ajustes até a dose adequada.

Antidepressivos:

Mirtazapina 15mg, 30mg ou 45mg.

Pode melhorar apetite, sono e humor. É útil quando anorexia associada à depressão e insônia

DEPRESSÃO

A depressão em indivíduos sob cuidados paliativos representa um desafio clínico multifatorial. É uma condição

prevalente, porém frequentemente subdiagnosticada e subtratada, devido à sobreposição de sintomas com outras doenças crônicas, limitações cognitivas, presença de dor e o contexto emocional de finitude. A abordagem terapêutica deve ser sempre centrada na pessoa, respeitando seus valores, objetivos de cuidado e a fase da doença.

Objetivos do Tratamento na Paliatividade

Aliviar sofrimento psíquico;

Promover conforto emocional e bem-estar;

Melhorar a comunicação e a adesão ao plano de cuidados;

Aumentar a capacidade do paciente em se conectar com o significado da vida e da morte.

Terapias Farmacológicas

Idosos têm maior sensibilidade a psicofármacos: "Start low, go slow."

Avaliar sempre função renal/hepática, eletrólitos e interações medicamentosas.

Sintomas de depressão podem ser expressão de dor, constipação, delírio ou desidratação.

Estar atento a efeitos paradoxais (como agitação com ISRS).

Nunca usar benzodiazepínicos como tratamento primário da depressão — risco de quedas, confusão, dependência.

Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)

São a primeira linha em idosos, inclusive em contextos paliativos, devido à boa tolerabilidade.

Fármacos principais:

A. Sertralina

Dose inicial: 25 mg/dia

Dose terapêutica: até 100-150 mg/dia

Indicações: boa escolha em idosos frágeis, sem muitas interações medicamentosas. Seguro em cardiopatas. Pouco risco de quedas ou sonolência.

b. Citalopram / Escitalopram

Dose inicial: 5-10 mg/dia

Máximo: 20 mg/dia (cuidado com QT prolongado)

Riscos: aumento do intervalo QTc, principalmente citalopram; avaliar ECG especialmente em pacientes com cardiopatia.

Citalopram é o que mais tem estudos que comprovam auxiliar nos sintomas comportamentais em pacientes portadores de Alzheimer

c. Paroxetina:

Dose inicial: 12,5mg (XR) e 10mg

Maximo: 25mg (XR) e 20mg

Maior risco de efeitos anticolinérgicos e alteração de memória.

Boa escolha em pacientes com ansiedade generalizada, Pânico. Por abrir o apetite, pode ser uma boa alternativa em pacientes com anorexia. Risco de hiponatremia.

Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN)

Mais utilizados quando há depressão com componente doloroso crônico (muito comum em Cuidados Paliativos).

a. Duloxetina

Dose inicial: 30 mg/dia

Terapêutica: até 60 mg/dia

Utilizar preferencialmente após o café da manhã, para minimizar efeitos gastrointestinais como náuseas e vômitos.

Boa opção para dor neuropática + depressão

Contraindicações: insuficiência hepática ou renal grave

b. Venlafaxina

Dose inicial: 37,5 mg/dia

Terapêutica: até 300 mg/dia

Efeitos colaterais: hipertensão dose-dependente, náuseas

c. Desvenlafaxina

Dose inicial: 50mg/dia

Terapêutica: 100-200mg/dia

Efeitos colaterais semelhantes a Venlafaxina.

Antidepressivos Tricíclicos (ATC)

Uso cauteloso em idosos, mas podem ser úteis em doses baixas para insônia, dor neuropática e anorexia. Nas doses terapêuticas para depressão, podem gerar muitos efeitos colaterais como constipação, sonolência, risco de quedas, sendo de difícil adesão, ainda mais se o paciente já usa medicações com os mesmos efeitos colaterais, como opioides.

Nortriptilina / Amitriptilina

Dose: iniciar com 10-25 mg à noite

Dose antidepressiva: 50mg

Utilidade: dor crônica, insônia refratária

Riscos: anticolinérgicos importantes (confusão, retenção urinária, constipação, hipotensão postural), hiponatremia

Evitar em demência, glaucoma, ICC, arritmias

Mirtazapina

Excelente escolha em Cuidados Paliativos devido a seu perfil sedativo e capacidade de aumentar o apetite.

Dose inicial: 7,5-15 mg à noite

Terapêutica: até 45 mg

Doses mais baixas são mais sedativas que as mais elevadas.

Efeitos benéficos: melhora do sono, ganho ponderal, sedação leve

Efeitos adversos: sedação excessiva, confusão (em doses elevadas), risco de agranulocitose (raro)

Bupropiona:

Contraindicado em pacientes com convulsões ou com risco de epilepsia. Pode ser útil em depressão com fadiga, mas raramente é usado em pacientes muito debilitados. Se paciente com ideação suicida, melhor evitar.

Dose inicial: 75-150 mg/dia

Evitar em caquexia, delirium, risco de convulsão

Multimodais:

a. Vortioxetina:

Classe mais recente e moderna, não interfere com sono nem com apetite. Maior potencial de restaurar funcionalidade e melhorar os sintomas apáticos que outros antidepressivos não melhoram.

Dose inicial: 5mg

Dose terapêutica: 20mg. Deve ser aumentado 5mg por semana até chegar a 20mg

Para minimizar efeitos gastrointestinais, deve ser administrado após a principal refeição.

b. Vilazodona:

Com mecanismo semelhante a vortioxetina, tendo um efeito também para ansiedade.

Dose inicial: 10mg

Dose máxima: 40mg

c. Trazodona:

Indicado para ajuste do sono.

Dose inicial: 50mg (Para sono)

Para depressão: dose mínima 150mg.

Agentes Antipsicóticos Ajudantes:

Em casos de depressão psicótica, delirium hipoativo com sintomas depressivos, ou agitação com sofrimento depressivo, pode-se considerar:

Quetiapina: 12,5–25 mg à noite, com titulação gradual. Boa tolerância. Pode ser necessário chegar até 200mg dia

Risperidona: 0,25–0,5 mg/dia, com cautela (risco de eventos cerebrovasculares em pacientes com demência). Pode chegar até 2-3mg.

Aripiprazol: 10-25mg dia. Menor risco de sedação.

Brexiprazol: dose inicial 0.5mg. Objetivo: 2mg. Menor risco de sedação.

‘ Psicoestimulantes (uso pontual em fim de vida)

Metilfenidato pode ser utilizado em depressão apática grave, com expectativa de vida muito limitada, quando há necessidade de ganho rápido de energia e interação com a família.

Dose: 2,5–5 mg 1–2x/dia

Efeito rápido: início em 1–2 dias

Riscos: insônia, agitação, taquicardia

Contraindicado em arritmias, ansiedade intensa, risco de delírio

Terapias Não Farmacológicas Complementares

Terapia de suporte psicológico: acolhimento, escuta ativa, validação emocional.

Terapias narrativas e de legado: ajudam a reintegrar identidade e significado à vida.

Espiritualidade: abordagem baseada nos valores do paciente.

Fisioterapia leve e contato com a natureza: auxiliam no humor e bem-estar.

Acompanhamento e Monitoramento

Reavaliar regularmente resposta ao tratamento.

Usar escalas de avaliação funcional e emocional.

Envolver equipe multidisciplinar (psicologia, enfermagem, espiritualidade).

Discutir com a família e o paciente os objetivos terapêuticos e possíveis desfechos.

TÓPICOS ESPECIAIS EM CP

SEDAÇÃO PALIATIVA

A sedação paliativa (SP) é uma intervenção terapêutica empregada para o alívio de sintomas refratários e sofrimento extremo em pacientes com doenças avançadas, geralmente em fase terminal. Consiste na redução deliberada e controlada do nível de consciência, visando o conforto do paciente, quando outras medidas não foram eficazes.

A SP é uma prática ética e legalmente aceita quando utilizada com critérios rigorosos, monitorização adequada e comunicação transparente com o paciente (quando possível) e familiares.

É muito importante salientar que a SEDAÇÃO PALIATIVA É INDICADA PARA ALÍVIO DE SINTOMAS REFROTÁRIOS AOS TRATAMENTOS INSTITUÍDOS.

Na decisão tomada, é importante a família estar de acordo e, se o paciente estiver lúcido antes, este estar ciente do que será feito. Muitos poderão necessitar, antes de entrarem em sedação, principalmente se esta for profunda ou com objetivo de ficar até a morte com rebaixamento do nível consciência, despedir-se de familiares e resolverem decisões importantes.

No diálogo, é fundamental ser informado o paciente e seus familiares que a sedação não adiantará a morte, apenas vai amenizar o sofrimento que ele está passando, a fim de não ser interpretada como eutanásia.

Definição e Objetivos da Sedação Paliativa

Definição: redução intencional do nível de consciência para aliviar sintomas intratáveis que causam sofrimento intolerável.

Objetivo principal: alívio do sofrimento físico e/ou psíquico refratário, preservando a dignidade do paciente.

Não tem como objetivo antecipar a morte.

Ela pode ser intermitente ou contínua.

Deve-se estar atento aos objetivos da sedação – profunda ou mais superficial, titulando doses conforme aceitação e resposta individual do paciente.

Indicações da Sedação Paliativa

Sintomas refratários graves e intratáveis, tais como:

- Dispneia refratária (ex: em DPOC, ICC, fibrose pulmonar)
- Dor refratária que não responde a opioides e coadjuvantes
- Delírio ou agitação psicomotora grave, mesmo após tratamento farmacológico (antipsicóticos, benzodiazepínicos)
- Ansiedade ou sofrimento psicológico intolerável, resistente a medidas convencionais
- Convulsões refratárias
- Hemorragias ou secreções fétidas e abundantes causando extremo desconforto
- Outros sintomas graves conforme avaliação clínica (espasticidade, náuseas, vômitos, prurido intenso)

Condições clínicas típicas:

- Pacientes em fase terminal, com prognóstico de dias a semanas
- Doença avançada incurável, falência orgânica múltipla
- Sintomas intratáveis apesar do manejo otimizado

Contraindicações

- Ausência de sintomas refratários após avaliação adequada
- Sedação motivada por pressão familiar, social ou institucional sem indicação clínica
- Uso para acelerar a morte (eutanásia ou suicídio assistido)
- Falta de consentimento do paciente ou representante legal (quando possível)

Avaliação Prévia e Planejamento

- Confirmar que o sintoma é refratário após tentativa de terapêutica máxima.
- Avaliar prognóstico e discutir o plano com equipe multiprofissional.
- Obter consentimento informado do paciente ou familiar.
- Estabelecer metas de cuidado e monitorização contínua.
- Registrar decisão no prontuário, incluindo justificativa clínica e autorização.

Medicações Utilizadas na Sedação Paliativa

Benzodiazepínicos

1. Midazolam:

Benzodiazepínico de ação rápida e curta, padrão-ouro para SP.

Vantagens: rápido início, fácil ajuste, sedação leve a profunda.

Posologia: dose inicial 2,5 a 5 mg SC ou IV em bolus; infusão contínua inicial 0,5 a 5 mg/h, com dose habitual de 1-2mg/h.

Ajuste: aumentar dose em incrementos de 1-2 mg/h conforme necessidade, além de doses de resgate.

Toxicidade: risco de depressão respiratória, hipotensão em doses elevadas.

Sugestão de sedação:

SF0,9%100ml + 15mg Midazolam (0,15mg/ml)

SF 0,9% 250ml + 30mg Midazolam (0,12mg/ml)

SF0,9% 100ml + 30mg Midazolam (0,3mg/ml)

Opioides:

Utilizados principalmente para controle da dor e dispneia concomitante.

NÃO SÃO A ESCOLHA PARA SEDAÇÃO PALIATIVA, mas como adjuvante ao midazolam para auxiliar no sintoma refratário ou em outro sintoma em que o opioide irá auxiliar, como dispneia.

Morfina é a mais comum

Dose: ajustar conforme necessidade analgésica; doses elevadas podem contribuir para sedação.

Vias: oral, subcutânea, intravenosa.

Pode ser associada na mesma solução que o Midazolam para evitar sobrecarga de volume no paciente.

Para isto, é importante fazer uma concentração individualizada para possibilitar ajustes frente ao que se deseja

do paciente, ficando atento a potencialização dos efeitos e riscos.

Antipsicóticos

Indicações: delírio, agitação psicomotora.

Haloperidol: 0,5-5 mg/dia SC ou IV; pode ser combinado com benzodiazepínicos.

Olanzapina, risperidona: alternativas em alguns casos.

Clorpromazina: em delírios refratários, agitação.

Levomepromazina: sedação profunda associada a analgesia.

Outros fármacos que podem ser utilizados, em casos específicos:

Propofol: reservado para sedação terminal intensa, em ambiente controlado.

Dexmetomidina.

Esquemas de Infusão e Associação Medicamentosa

Sedação leve a moderada

Midazolam em bolus (2,5-5 mg SC/IV), seguido de infusão contínua 0,5-2 mg/h.

Ajustar dose conforme resposta clínica.

Associar opioides conforme necessidade (ex: morfina 2,5-10 mg SC/IV).

Podem ser associados na mesma infusão.

A sedação leve não precisa ser contínua e com dose fixa 24 horas por dia, podendo ser ajustada conforme necessidade e respostas esperadas e resposta terapêutica.

Sedação profunda contínua

Midazolam 2-5 mg/h em infusão contínua SC/IV.

Pode associar levomepromazina 12,5-25 mg/24h SC para potencializar efeito.

Ajustar opioides para dor/dispneia.

A solução de sedação deve ser feita de forma individual. Evite “soluções padrão”. Se subcutâneo, procure concentrar mais a solução conforme a quantidade de volume que precisar infundir. Se infusão endovenosa, avalie quantidade de volume que será infundido, ajuste de doses. Uma infusão com midazolam, em condições e locais ideais, em temperatura ambiente menor que 25°C pode manter-se estável entre 24-48 horas sem perder sua função.

No período da pandemia pelo COVID19, percebeu-se o quanto a falta de medicamentos sedativos foram complicados. Assim sendo, vale a pena avaliar a expectativa de vida do paciente frente a solução prescrita. Ou seja, em pacientes em que se espera que terão pouco tempo de vida, calcule que a quantidade da infusão que preparou seja o suficiente até o seu falecimento, para evitar desperdício de medicamento.

Sedação com múltiplos sintomas

- Combinação de midazolam, levomepromazina e morfina em bomba de infusão.
- Iniciar doses baixas, escalonar lentamente.
- Monitorar sinais vitais e conforto.

Monitorização e Ajustes

- Avaliar nível de sedação e alívio dos sintomas a cada 30-60 minutos inicialmente.
- Monitorar sinais vitais: frequência respiratória, pressão arterial.
- Reavaliar necessidade de ajustes na infusão.
- Atenção especial para sinais de desconforto não verbal.
- Comunicação contínua com a família sobre evolução.
- Comunicação entre a equipe interdisciplinar.

Aspectos Éticos e Legais

SP não é eutanásia: o objetivo é o alívio do sofrimento, não a morte.

Consentimento informado é fundamental.

Em pacientes que apresentam doenças que vão evoluir para cronocidade e necessidades de CP, este assunto deve ser abordado muito tempo antes da sua instalação, nas Diretivas Antecipadas de Vontade, com o próprio paciente, para minimizar angústias, dúvidas e divergências familiares no momento da sua necessidade.

Documentar decisões, objetivos, resposta ao tratamento.

Equipe multiprofissional deve estar envolvida.

EXTUBAÇÃO PALIATIVA

A extubação paliativa, também chamada de remoção de suporte ventilatório invasivo no final da vida, é uma prática cada vez mais reconhecida e discutida em unidades de terapia intensiva (UTIs) e em ambientes hospitalares com suporte paliativo. Trata-se da retirada consciente, planejada e ética da ventilação mecânica de um paciente com doença avançada, irreversível, com expectativa de vida limitada, onde o objetivo não é prolongar a sobrevivência, mas aliviar o sofrimento e possibilitar uma morte digna.

A extubação paliativa representa um ato de coragem ética e de profundo respeito à dignidade humana. É a transição da tecnologia para o cuidado centrado na compaixão, sendo parte legítima da boa prática médica.

Essa prática requer preparo técnico, respaldo ético-jurídico, abordagem interdisciplinar e comunicação cuidadosa com a família, sendo fundamental em situações em que a manutenção da ventilação artificial já não traz benefício clínico significativo.

Indicações para Extubação Paliativa

A extubação paliativa está indicada em situações onde a ventilação mecânica se torna desproporcional ao prognóstico do paciente e ao objetivo de conforto, como:

- Doença terminal com falência multissistêmica irreversível.
- Extubação após tentativa de ressuscitação sem recuperação neurológica significativa.
- Lesões encefálicas graves e irreversíveis (ex: anóxia cerebral, AVC extenso, traumatismo grave).
- Pacientes com doenças neurodegenerativas (ex: ELA) que optaram por não prolongar o suporte ventilatório.
- Doenças oncológicas metastáticas avançadas com falência respiratória.
- Pacientes em CP exclusivos, intubados de forma emergencial ou sem planejamento.

Importante: a extubação paliativa só deve ser considerada após ampla discussão com a equipe, familiares e, quando possível, com o próprio paciente, respeitando sua autonomia e valores.

Fundamentos Ético-Jurídicos

Princípios bioéticos envolvidos

- Autonomia: direito do paciente de recusar tratamentos desproporcionais. Muitas vezes o paciente pode não ter feito previamente as Diretivas Antecipadas de Vontade, sendo a opinião e decisão dos familiares ou responsáveis os detentores da decisão.
- Beneficência: promover conforto e qualidade de vida.
- Não maleficência: evitar sofrimento inútil e tratamentos fúteis.
- Justiça: alocar recursos com responsabilidade.

Respaldo legal no Brasil

- O Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/2018) prevê que:

“É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, mas é permitido limitar ou suspender procedimentos que prolonguem artificialmente a vida em pacientes com doença incurável, terminal, com sofrimento refratário, respeitando a vontade do paciente ou de seu representante legal.”

- Resolução CFM 1.995/2012:

Regula as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), reconhecendo o direito do paciente de recusar terapias de prolongamento artificial da vida.

A extubação paliativa não é eutanásia. É uma forma legítima de ortotanásia, ou seja, permitir que a morte ocorra no seu tempo natural, sem prolongamento artificial desproporcional.

Comunicação com Família e Equipe

Comunicação com familiares

- A decisão deve ser discutida com empatia, clareza e escuta ativa.

- Explicar que a retirada do suporte ventilatório não é um “abandono”, mas sim uma mudança de foco para o conforto e dignidade.

- Evitar termos técnicos excessivos ou ambíguos. Frases úteis:

o *“Neste momento, percebemos que os tratamentos não estão mais ajudando, e queremos focar em garantir que ele(a) não sofra.”*

o *“Vamos cuidar para que ele(a) tenha o máximo de conforto possível até o fim.”*

Comunicação com equipe de saúde

- Garantir que todos estejam alinhados com o plano de cuidado.

- O médico deve liderar a decisão, mas a participação de enfermeiros, psicólogos, capelães e assistentes sociais é fundamental.

- Registrar a decisão de forma clara no prontuário: *“Paciente em fase terminal. Ventilação mecânica sem benefício terapêutico. Extubação paliativa indicada após discussão com a família.”*

Preparação para a Extubação Paliativa

Avaliação prévia

- Revisar histórico clínico, diagnóstico, prognóstico.

- Confirmar ausência de possibilidade de reversão da condição aguda.

- Suspende medicações fúteis (vasopressores, antibióticos, drogas vasoativas).

- Garantir prescrição de CP ativos (analgesia, sedação, controle de sintomas).

Local adequado

- Preferencialmente, em ambiente calmo: leito hospitalar privativo, enfermaria, ou domicílio (com equipe preparada).
- Permitir presença de familiares, respeitando seus limites emocionais.

Técnica de Extubação Paliativa

Etapas:

1. Iniciar sedação leve (se paciente consciente ou em risco de dispneia aguda):
 - o Midazolam: 1–2 mg IV a cada 15–30 min até sedação leve/moderada.
 - o Associar, se necessário:
Morfina: 2–5 mg IV a cada 4 h (ou SC).
Fentanil: 25–50 mcg IV se o paciente já usava.
2. Aguardar sedação adequada (RASS -3 a -4).
3. Desinsuflar o cuff do tubo traqueal.
4. Extubar suavemente, mantendo oxigênio em máscara (se desejado, fluxo de 5–10 L/min).
5. Monitorar sintomas:
 - o Se sinais de sofrimento (dispneia, gemência, agitação), repetir midazolam e morfina.
 - o Evitar reintubação ou intervenções agressivas.
6. Suspender monitorização cardíaca e alarmes sonoros.
7. Manter presença e apoio à família, permitir despedidas.

Alternativas medicamentosas

Midazolam (SC/IV): 2–5 mg a cada 2–4h (infusão contínua: 0,5–2 mg/h).

Morfina (SC/IV): 2–5 mg a cada 2–4h (infusão contínua: 1–3 mg/h).

Clonazepam SL ou Lorazepam VO/Sublingual: se ausência de acesso IV.

Haloperidol: se houver agitação ou delirium (0,5–2 mg IV/SC).

Levomepromazina: útil em sofrimento global refratário (25 mg SC a cada 4–6h).

Cuidados Pós-Extubação

Monitoramento dos sintomas

- Avaliar dispneia, estertores, secreções, agitação.
- Utilizar escala de conforto (ex.: Escala de Disconforto de Respirar).

Cuidados com a família

- Explicar o que observarão após a extubação (respiração irregular, pele fria, possível estertor).
- Estimular presença, contato físico, despedidas.
- Oferecer apoio espiritual ou psicológico, conforme desejo.

Tempo de sobrevida pós-extubação

- Varia amplamente: de minutos a horas, podendo ultrapassar 24–48h em alguns casos.
- Sobrevida maior quando o paciente ainda tem reserva fisiológica.

Documentação e Registro Médico

Deve conter:

- Justificativa clínica da extubação.
- Discussão com paciente/família.
- Consentimento informado (verbal ou por diretiva antecipada).
- Medicações prescritas para controle sintomático.
- Data e hora da extubação.
- Evolução clínica após o procedimento.

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO

A nutrição e a hidratação são tradicionalmente percebidas como gestos fundamentais de cuidado e sobrevivência. No entanto, em pacientes em CP, especialmente em fase de finitude, seu papel assume características distintas. A preocupação em alimentar e hidratar um paciente gravemente enfermo é legítima — tanto do ponto de vista clínico quanto emocional — mas requer uma análise criteriosa, baseada em evidências científicas, fisiologia da terminalidade e princípios bioéticos.

Fome, Sede e Mecanismos Fisiológicos no Final da Vida

No processo de morte, o corpo passa por alterações fisiológicas profundas que modificam as demandas nutricionais e o desejo de alimentar-se.

Fisiologia da anorexia terminal

A anorexia (perda de apetite) é um sintoma comum em pacientes com doenças avançadas como câncer, insuficiência cardíaca, renal ou neurológica.

Há produção de citocinas pró-inflamatórias (IL-1, IL-6, TNF- α), que atuam sobre o hipotálamo, suprimindo o apetite.

A leptina, hormônio produzido pelo tecido adiposo, e a grelina, do trato gastrointestinal, também participam desse sistema de regulação alterado.

O metabolismo basal sofre redução, e o corpo entra em um estado de “hibernação metabólica”.

Sede no final da vida

A sede costuma estar relacionada mais à xerostomia (boca seca) do que à desidratação sistêmica real.

Cuidados com a higiene bucal (gaze umedecida, saliva artificial, nebulizações) são frequentemente mais eficazes que hidratação endovenosa.

Estudos sugerem que pacientes inconscientes ou em fase ativa de morte não experimentam sede como sofrimento físico, embora observadores muitas vezes o presumam.

Nutrição em CP: Indicações e Limites

A nutrição em CP deve ser orientada por quatro grandes pilares: objetivos do cuidado, prognóstico, fase da doença e desejos do paciente e da família.

Nutrição enteral/parenteral

Indicações possíveis

-Doença sem possibilidade de cura, mas com expectativa de vida razoável (semanas a meses) e boa funcionalidade (ECOG 0-2).

- Paciente com disfagia por causas mecânicas (ex: câncer de esôfago), sem comprometimento terminal sistêmico.

- Casos de obstrução digestiva em tumores abdominais onde a nutrição enteral com sonda jejunal melhora sintomas.

Contraindicações:

- Fase final da vida (últimos dias ou semanas), com declínio funcional acentuado.

- Estado de caquexia refratária ou desnutrição associada a falência orgânica múltipla.

- Paciente em sedação paliativa ou inconsciente.

- Uso que gera mais sofrimento do que benefício (ex: distensão abdominal, diarreia, aspiração).

Nutrição oral: sempre que possível

- Deve ser mantida e encorajada, respeitando as preferências do paciente.

- Pequenas porções, alimentos favoritos e modificações de consistência são estratégias fundamentais."Dieta de conforto"

-A liberdade alimentar melhora o bem-estar e reforça a autonomia.

- Na fase final de vida, a anorexia naturalmente apresentada faz com a dieta oral seja suspensa ou mantida apenas como a forma de conforto, sendo ofertada somente se o paciente pedir.

Hidratação em CP: Evidência, Benefícios e Riscos

A hidratação artificial (venosa ou subcutânea) em pacientes paliativos é um tema controverso e exige avaliação caso a caso.

Benefícios potenciais da hidratação

- Prevenção ou reversão de delirium secundário à hipernatremia ou hipercalemia.

- Alívio de sintomas relacionados à desidratação moderada (confusão, fadiga), embora, na etapa de finitude, a uremia pode trazer conforto e uma sedação do organismo sem necessidade de medicações e, de certa forma, mais fisiológica ao momento da pessoa.

- Reversibilidade de quadros clínicos transitórios em pacientes ainda com prognóstico de semanas a meses.

Riscos da hidratação artificial

- Edema periférico, ascite, congestão pulmonar e secreção brônquica, gerando dispneia, desconforto respiratório e sororoca.

- Maior necessidade de aspiração de secreções em pacientes com reflexos abolidos.

- Agitação e desconforto por distensão vesical ou abdominal.

Dieta de Conforto no Final da Vida

Em muitas culturas, alimentar alguém é um ato de amor. Por isso, a recusa alimentar pode gerar sofrimento familiar. Deve a equipe interdisciplinar, principalmente quando há nutricionistas e psicólogos, auxiliarem o paciente e o familiar neste processo de aceitação de que, por ausência de fome, não há obrigatoriedade de alimentação, devendo esta ser em caráter de demanda, conforme preferência e aceitação por parte do paciente.

. A dieta de conforto é um conceito central em CP. É uma alimentação adaptada exclusivamente para proporcionar prazer e bem-estar, sem preocupação com calorias, proteínas ou nutrientes. Envolve alimentos favoritos do paciente, respeitando seus desejos e tolerância.

Tem como principais benefícios o resgate a autonomia alimentar, valorizando a história do paciente e promovendo vínculos familiares, reduzindo o sofrimento de cuidadores e familiares que muitas vezes se angustiam ao ver a perda de apetite. Pode ser mantida mesmo por via não tradicional: pequenos goles, raspadinhas, colheradas simbólicas.

Deve-se sempre ter o bom senso das capacidades mastigatórias do paciente na oferta, evitando-se riscos de engasgos.

Na maioria das vezes, uma pequena porção já saciará o paciente, pois é muito mais necessário o bem estar do paladar que a quantidade de alimento ofertada.

HIPODERMÓCLISE

A hipodermóclise, ou infusão subcutânea de líquidos e medicamentos, é uma técnica antiga, descrita desde o final do século XIX, como alternativa à via endovenosa para administração de fluidos e medicamentos. Embora tenha sido amplamente utilizada no passado, foi relativamente esquecida após a popularização do acesso venoso periférico e central.

Nos últimos anos, especialmente no contexto dos cuidados paliativos, houve um ressurgimento do uso da hipodermóclise, por ser uma técnica segura, eficaz, de baixo custo e menos invasiva, com boa aceitação pelos pacientes e suas famílias, especialmente em ambientes domiciliares, instituições de longa permanência e unidades de cuidados paliativos.

Vantagens e Benefícios

- Técnica minimamente invasiva.
- Menor risco de infecções quando comparado ao acesso venoso.
- Menor risco de extravasamento grave ou flebite.

- Baixo custo.
- Fácil execução por equipe de enfermagem treinada ou cuidadores (com supervisão).
- Conforto e autonomia para o paciente, especialmente em cuidados domiciliares.
- Permite administração de hidratação, analgesia, sedação e outros fármacos essenciais.

Desvantagens e Limitações

- Limitação no volume diário (máximo de 1.500 a 2.000 mL por dia).
- Nem todos os medicamentos são compatíveis.
- Absorção pode ser prejudicada em pacientes com edema generalizado, desidratação severa ou choque.
- Pequenos desconfortos locais como edema, eritema ou infiltração.

Custos

- O custo da hipodermóclise é muito inferior ao de cateteres venosos, especialmente os centrais. Os materiais necessários são simples, disponíveis na maioria dos serviços:
- Equipo gravitacional ou bomba de infusão simples (opcional).
- Agulha tipo scalp ou cateter periférico (24G ou 26G).

- Fixadores (esparadrapo, curativo estéril transparente).
- Soro fisiológico 0,9% ou solução glicosada a 5%.
- Frascos ou bolsas de medicação.

Materiais Necessários

- Agulhas tipo butterfly/scalp ou cateter periférico fino (24G-26G).
- Equipo comum de soro (opcional, se infusão for contínua).
- Bolsa ou frasco de solução (SF 0,9% ou SG 5%).
- Fixadores (esparadrapo, curativos transparentes).
- Etiqueta de identificação do ponto de infusão.
- Medicamentos prescritos.
- Bomba de infusão, se necessário (não obrigatória).

Técnica da Hipodermóclise

Passo a passo:

1. Escolher o sítio de punção adequado (áreas de boa gordura subcutânea).
2. Higiene local com solução alcoólica ou clorexidina.
3. Introdução da agulha tipo scalp ou cateter periférico no tecido subcutâneo em ângulo de aproximadamente 30 a 45 graus.
4. Fixação adequada do dispositivo.
5. Conectar o equipo à bolsa de soro ou seringa (se for bolus ou seringa elétrica).
6. Iniciar a infusão conforme prescrição.

Sítios preferenciais:

- Parede abdominal anterior.
- Face anterior da coxa.
- Região subclavicular.
- Região escapular/dorsal.
- Parte superior dos braços.
- Região lombar (menos comum).

Importante: Trocar o sítio a cada 4 a 7 dias, ou antes, se houver sinais de inflamação local.

Indicações

- Dificuldade ou impossibilidade de acesso venoso.
- Pacientes em cuidados paliativos domiciliares ou institucionais.
- Necessidade de hidratação leve a moderada.

- Administração de analgesia, sedação, antieméticos, antipsicóticos, ansiolíticos, antiespasmódicos e outros.
- Pacientes com disfagia ou vômitos que impedem a via oral.

Contraindicações

Absolutas:

- Coagulopatia grave.
- Infecção ou lesão cutânea no sítio de punção.

Relativas:

- Edema generalizado importante.
- Desidratação severa (absorção pode ser comprometida).
- Hipoperfusão grave/choque.

Medicamentos Compatíveis com Hipodermóclise

- Analgésicos opioides: Morfina, Fentanil, Metadona, Hidromorfona, Oxycodona.
- Analgésicos não opioides: Dipirona
- Antieméticos: Haloperidol, Metoclopramida, Ondansetrona, Levomepromazina
- Antipsicóticos: Haloperidol, Levomepromazina, Quetiapina (em alguns casos)
- Benzodiazepínicos: Midazolam, Lorazepam
- Antiespasmódico: Butilescopolamina (Buscopan)
- Corticoides: Dexametasona, Hidrocortisona
- Antissecretores: Octreotida
- Outros Furosemida (com cuidado)

Fármacos Utilizados por Hipodermoclise: Indicações, Diluições e Tempo de Infusão

Características gerais da hipodermoclise:

- Volume máximo por sítio: até 1.500 mL/dia (geralmente 500 a 1.000 mL).
- Velocidade usual: 20 a 80 mL/h por sítio.
- Diluição: em geral com SF 0,9% ou SG 5%.
- Compatibilidade: verificar sempre, especialmente em infusão simultânea de múltiplos fármacos.

Analgésicos Opioides

1. Morfina:

- Indicação: dor moderada a intensa, dispneia.
- Apresentação: 10 mg/mL.
- Diluição: SF 0,9%, até 30 mL.
- Posologia usual: 10 a 30 mg/dia em infusão contínua, ajustada à resposta.
- Tempo de infusão: contínuo (bomba ou gotejamento lento).
- Compatibilidade: compatível com haloperidol, midazolam, metoclopramida.

2. Metadona:

- Indicação: dor neuropática ou em casos de tolerância à morfina.
- Apresentação: 10 mg/mL.
- Diluição: SF 0,9% ou SG 5%, até 30 mL.
- Posologia: 2,5 a 10 mg/dia divididos.

- Tempo de infusão: pode ser em bolus lento ou contínua.
- Observação: farmacocinética complexa, cuidado com acúmulo.

3.Fentanil

- Indicação: dor intensa, alternativa à morfina.
- Apresentação: 50 mcg/mL.
- Diluição: SF 0,9%, até 30 mL.
- Posologia: 25-100 mcg/h (infusão contínua).
- Tempo de infusão: contínuo.
- Observação: útil em insuficiência renal.

Benzodiazepínicos

1.Midazolam

- Indicação: agitação terminal, ansiedade, convulsões, dispneia.
- Apresentação: 5 mg/mL.
- Diluição: SF 0,9% ou SG 5%, até 30 mL.
- Posologia: 5 a 30 mg/dia (infusão contínua ou bolus).
- Tempo de infusão: contínua (pode ser dividido em 2x/dia).
- Compatível com: morfina, haloperidol, metoclopramida.

Antieméticos

1.Haloperidol

- Indicação: náusea, delírio, agitação, vômitos.
- Apresentação: 5 mg/mL.
- Diluição: SF 0,9%, até 20-30 mL.
- Posologia: 0,5 a 5 mg/dia, podendo ser dividido.
- Tempo de infusão: bolus lento ou contínuo.

- Compatível com: morfina, midazolam, metoclopramida.

2. Metoclopramida

- Indicação: náusea, gastroparesia.
- Apresentação: 10 mg/2 mL.
- Diluição: SF 0,9%, até 30 mL.
- Posologia: 10-30 mg/dia (3x/dia).
- Tempo de infusão: bolus lento ou contínuo.
- Compatível com: morfina, haloperidol.

Antipsicóticos/Aditivos para delirium e agitação

1. Levomepromazina

- Indicação: delírio, agitação, dor refratária, náuseas.
- Apresentação: 25 mg/mL.
- Diluição: SF 0,9% até 30 mL.
- Posologia: 12,5-50 mg/dia.
- Tempo de infusão: pode ser dividido em 2-3x/dia ou contínuo.
- Observação: pode causar sedação intensa e hipotensão.

2..Haloperidol

- Indicação: náusea, delírio, agitação, vômitos.
- Apresentação: 5 mg/mL.
- Diluição: SF 0,9%, até 20-30 mL.
- Posologia: 0,5 a 5 mg/dia, podendo ser dividido.
- Tempo de infusão: bolus lento ou contínuo.
- Compatível com: morfina, midazolam, metoclopramida

Corticoides

1. Dexametasona:

- Indicação: edema cerebral, náuseas, dor por infiltração, efeitos anti-inflamatórios.
- Apresentação: 4 mg/mL.
- Diluição: SF 0,9%, até 20-30 mL.
- Posologia: 4-16 mg/dia.
- Tempo de infusão: bolus 1-2x/dia.
- Compatível com: morfina, midazolam, haloperidol.

Anticolinérgicos

1. Escopolamina butilbrometo (Buscopan)

- Indicação: cólica, ruído de morte (secreção respiratória terminal).
- Apresentação: 20 mg/mL.
- Diluição: SF 0,9%, até 30 mL.
- Posologia: 20-60 mg/dia.
- Tempo de infusão: contínua ou bolus 2-3x/dia.
- Observação: não atravessa a barreira hematoencefálica (não sedativo)

Velocidade de Infusão

Hidratação:

Até 75-100 mL/hora por sítio, dependendo da tolerância.

Volumes acima de 1.500 a 2.000 mL/dia podem causar edema local.

Incompatibilidades e Interações

Misturas no mesmo sítio exigem cautela. Nem todos os medicamentos são compatíveis na mesma solução.

Incompatibilidades conhecidas:

Metoclopramida + Haloperidol: pode haver precipitação, embora às vezes usado na prática. Avaliar preparo adequado.

Butilescopolamina + Dexametasona: possível precipitação em alguns diluentes.

Ondansetrona: incompatível com metoclopramida no mesmo sítio.

Haloperidol + Levomepromazina: usar sítios diferentes devido a risco de irritação local.

Recomendação prática:

Se houver necessidade de múltiplos fármacos, utilizar sítios diferentes, bombas de seringa separadas, ou avaliação farmacêutica para checagem de compatibilidade.

Riscos e Complicações

- Eritema, edema local, desconforto.
- Infiltração, infecção local (raro).
- Absorção inadequada (em casos de choque ou edema).
- Precipitação de fármacos se incompatíveis.
- Sobredosagem se não monitorar a infusão corretamente.

MATERIAL DE APOIO:

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia disponibiliza em seu site um excelente material gratuito detalhado, com muitas figuras e tabelas, sobre este assunto, o qual recomendo acessar para estudo mais detalhado:

<https://sbgg.org.br/sbgg-lanca-2a-edicao-de-guia-sobre-o-uso-da-via-subcutanea/>

CUIDADOS COM A PELE

A pele é o maior órgão do corpo humano e desempenha funções fundamentais de proteção, regulação térmica, sensibilidade, comunicação e barreira contra patógenos. Em pacientes sob cuidados paliativos — especialmente aqueles com doenças crônicas, degenerativas, oncológicas ou com múltiplas comorbidades —, a integridade cutânea é frequentemente comprometida, o que gera dor, desconforto, risco de infecção, odor, estigma social e impacto na qualidade de vida.

Do diagnóstico de uma condição ameaçadora da vida até a fase final, os cuidados com a pele devem ser contínuos, personalizados e interdisciplinares.

Os cuidados com a pele em pacientes em CP vão muito além da aplicação de pomadas ou trocas de curativos. Representam um gesto técnico e humano de respeito à dignidade, à integridade corporal e ao conforto do paciente em sua jornada de adoecimento e finitude. A atenção cutânea, quando feita com sensibilidade, conhecimento técnico e

articulação interdisciplinar, pode ser profundamente terapêutica — mesmo quando não se busca a cura, mas o alívio.

Alterações Fisiopatológicas da Pele no Doente Paliativo

Envelhecimento cutâneo e fragilidade

- Redução da espessura da epiderme e da derme.
- Diminuição da vascularização e da produção de colágeno.
- Perda da elasticidade e da hidratação.
- Maior propensão a rupturas, lacerações e escoriações.

Efeitos das doenças crônicas e do estado catabólico

- Má nutrição proteico-calórica → cicatrização prejudicada.
- Hipoperfusão periférica → aumento do risco de isquemia.
- Desregulação metabólica (ex.: diabetes) → neuropatias e infecções.
- Neoplasias avançadas → infiltração e ulceração da pele.
- Insuficiências hepática e renal → prurido, xerose, equimoses.

Consequências de imobilidade e declínio funcional

- Pressão prolongada em proeminências ósseas → úlceras por pressão.

- Incontinência urinária/fecal → dermatites e maceração.
- Uso prolongado de dispositivos médicos (sondas, oxímetros) → lesões por pressão associadas a dispositivos (LPAD).

Princípios Gerais dos Cuidados com a Pele em Cuidados Paliativos

- Avaliação sistemática e periódica da integridade cutânea.
- Prevenção ativa de lesões, priorizando conforto e dignidade.
- Controle rigoroso da dor, secreções, odor e prurido.
- Intervenções minimamente invasivas, com metas realistas.
- Envolvimento da equipe interdisciplinar, paciente e cuidadores.
- Escolha criteriosa de coberturas, evitando trocas excessivas.
- Respeito às fases da doença e aos desejos do paciente.

Abordagens ao Longo das Fases da Trajetória Paliativa

Fase inicial (diagnóstico e controle da doença)

- Educação do paciente e família sobre cuidados preventivos.
- Identificação de fatores de risco cutâneos (idade, mobilidade, nutrição).
- Orientação sobre hidratação da pele, uso de sabões suaves, proteção solar e vestuário confortável.
- Controle do prurido em neoplasias hematológicas, colestase e IRC.

Fase intermediária (declínio funcional e progressão da doença)

- Implementação de medidas de alívio de pressão (colchões, almofadas, mudanças posturais).
- Atenção às áreas de risco: sacro, calcanhares, escápulas, occipital.
- Vigilância para infecções fúngicas (candidíase intertriginosa), bacterianas (impetigo, foliculite) e virais (herpes zoster).
- Cuidados com lesões associadas a dispositivos.
- Tratamento de úlceras por pressão e úlceras malignas com foco no alívio de sintomas e não na cura.

Fase terminal (fase de morte próxima)

- Priorização do conforto acima de estratégias curativas.
- Evitar trocas traumáticas e procedimentos invasivos.
- Uso de coberturas não aderentes, que demandem menos manipulação.

- Controle de exsudato, odor e dor com recursos farmacológicos e não farmacológicos.
- Comunicação aberta com a família sobre o significado das lesões de pele no processo de morte (ex.: úlceras de Kennedy).

Principais Condições Dermatológicas no Contexto Paliativo

Lesão por pressão (LPP)

Lesões isquêmicas causadas por pressão prolongada sobre proeminências ósseas.

Classificadas em estágios I a IV pela profundidade e gravidade.

Prevenção: mudança de decúbito a cada 2h, colchão pneumático alternado, hidratação da pele, nutrição adequada.

Tratamento: desbridamento (quando apropriado), controle do exsudato, uso de coberturas como espuma de poliuretano, hidrocolóides ou alginatos.

No final da vida, abordagem paliativa: foco em dor, infecção, odor, sem ênfase na cicatrização.

Úlceras malignas (tumores cutâneos ou metástases ulceradas)

Caracterizadas por sangramento, dor intensa, odor fétido e secreção purulenta.

Ex: câncer de mama avançado com infiltração de pele, melanoma ulcerado.

Tratamento: limpeza suave, metronidazol tópico para odor, coberturas absorventes, opioides para dor, hemostáticos locais, uso de morfina ou ketamina tópica (off-label).

Xerose cutânea e prurido

Causas: insuficiência renal, colestase hepática, neoplasias hematológicas, ressecamento ambiental.

Cuidados: hidratação com emolientes espessos (ureia 5-10%, lanolina, glicerina), banho morno com sabão neutro, roupas leves.

Prurido refratário: anti-histamínicos sedativos (hidroxizina, difenidramina), gabapentina, mirtazapina, naltrexona ou rifampicina em casos específicos.

Dermatites por incontinência

Irritação cutânea perineal pelo contato com urina e fezes.

Acomete idosos acamados, em uso de fraldas e sondas.

Medidas: limpeza gentil, uso de barreiras de óxido de zinco ou dimeticona, troca frequente de fraldas, posição adequada.

Úlcera de Kennedy

Lesão escura, de rápida evolução, geralmente em forma de borboleta no sacro.

Indicativa de falência multissistêmica iminente.

Conduta: reconhecimento como sinal de morte próxima, evitar manipulações agressivas, suporte à família.

Manejo de Feridas: Princípios Paliativos

Objetivos principais:

- Minimizar dor e sangramentos.
- Reduzir exsudato e mau odor.
- Preservar a dignidade.
- Facilitar o manejo pelo cuidador.

Escolha de curativos:

- Curativos de espuma: absorção de exsudato, conforto, proteção.
- Hidrocolóides: retenção de umidade, útil em feridas com pouca secreção.
- Alginato de cálcio: para feridas muito exsudativas ou com sangramento.
- Prata: ação antimicrobiana (em uso limitado e pontual).
- Metronidazol gel 0,75-1%: redução de odor em feridas necróticas e infectadas.

Desbridamento em paliativos:

Evitar desbridamentos cirúrgicos agressivos. Preferir desbridamento autolítico ou enzimático, conforme tolerância. Não desbridar lesões secas e indolores em fase final da vida (ex: necrose seca em calcanhar).

Aspectos Interdisciplinares e Educação da Família

A enfermagem é peça central no cuidado com a pele.

Fisioterapeutas podem auxiliar em mudança postural e mobilidade.

Nutricionistas são essenciais na cicatrização e prevenção de úlceras.

Psicólogos devem acolher angústias relacionadas a alterações na imagem corporal.

Cuidadores precisam de treinamento prático e emocional para lidar com feridas, secreções e morte iminente.

SINAIS E SINTOMAS NOS ÚLTIMOS DIAS DE VIDA

A fase terminal de uma doença avançada ou da própria vida representa um momento de transição profunda, tanto para o paciente quanto para sua família. No contexto dos CP, a identificação da fase ativa do morrer permite o ajuste terapêutico apropriado, a suspensão de medidas fúteis e o foco integral no conforto, presença e alívio do sofrimento. A morte não precisa ser temida ou sofrida. Para os que ficam, não têm que guardarem na memória que seu familiar ou ente querido sofreu até morrer. Há uma necessidade emergente de se mudar a estatística que fala que grande parte das pessoas que necessitam de CP não a recebem ou, se recebem, não é adequada.

Todo médico, independente da especialidade, não precisando ser geriatra ou paliativa, necessita saber e fazer CP, pois deverá estar atuando no momento da transição entre a vida e morte de seu paciente, e não abandonando-o ou deixando de

fazer o que é certo por medo ou simplesmente ignorância. A empatia deve nortear a profissão do médico e de todos os profissionais da área da saúde, e CP a visão concreta do quanto isto é necessário, sempre.

Todo profissional deve se sentir gratificado por ter conseguido auxiliar uma morte digna e sem sofrimento, tanto quanto um obstetra e pediatra se sente ao trazer ao mundo um recém-nascido.

Saber reconhecer os sinais e sintomas dos últimos dias ou horas de vida é uma competência clínica essencial para o médico. Esses sinais permitem uma comunicação adequada com os familiares, o redirecionamento das intervenções e a garantia da dignidade no processo de morrer.

Aspectos Fisiopatológicos do Processo de Morrer

O processo de morrer é um fenômeno biológico complexo, multifatorial e progressivo, resultante da falência integrada dos sistemas orgânicos diante de uma agressão irreversível ou do esgotamento fisiológico associado a doenças crônicas avançadas. Nos Cuidados Paliativos, compreender a fisiopatologia do morrer é essencial não apenas para o manejo adequado dos sintomas, mas também para orientar decisões clínicas proporcionais, alinhar expectativas com pacientes e familiares e evitar intervenções fúteis.

Do ponto de vista médico, a morte não ocorre como um evento súbito isolado, mas como um processo contínuo de perda da homeostase. Esse processo pode se estender por dias, semanas ou meses, especialmente em doenças crônicas

progressivas. A falência orgânica terminal é precedida por mecanismos adaptativos que, progressivamente, tornam-se insuficientes. A morte ocorre quando a perda da integração entre os sistemas cardiovascular, respiratório e neurológico ultrapassa um limiar irreversível.

A homeostase depende do equilíbrio dinâmico entre oferta e demanda metabólica. No processo de morrer, há redução progressiva da produção de energia celular, incapacidade de manter gradientes eletrolíticos, alterações do pH intracelular e extracelular e disfunção mitocondrial generalizada, resultando em falência celular difusa, inicialmente reversível, mas progressivamente irreversível.

A hipóxia é um elemento central do processo de morrer, independentemente da etiologia primária. Ela decorre devido a redução do débito cardíaco, alterações da oxigenação pulmonar, anemia, alterações microvasculares levando ao predomínio do metabolismo anaeróbio, com aumento da produção de lactato, acidose metabólica e disfunção enzimática. A acidose, por sua vez, deprime a contratilidade miocárdica, reduz a resposta às catecolaminas e agrava a instabilidade hemodinâmica, criando um ciclo de deterioração progressiva.

Alterações orgânicas:

Sistema cardiovascular:

Na fase final da vida, ocorre uma falência circulatória caracterizada por redução progressiva do débito cardíaco, hipotensão refratária, vasoconstrição periférica com

centralização do fluxo e diminuição da perfusão renal, cerebral e esplâncnica.

Clinicamente, esses mecanismos se manifestam como extremidades frias, livedo, oligúria, confusão mental e sonolência. A centralização circulatória representa uma tentativa final de preservar órgãos vitais, mas acelera a falência de sistemas periféricos.

Sistema respiratório:

A falência respiratória terminal pode ocorrer por diferentes mecanismos: fraqueza muscular respiratória, redução do drive respiratório central, alterações da mecânica pulmonar e acúmulo de secreções e broncoaspiração

A hipercapnia progressiva exerce efeito sedativo sobre o sistema nervoso central, contribuindo para a diminuição da consciência. O padrão respiratório torna-se irregular, com períodos de apneia (respiração de Cheyne-Stokes), refletindo disfunção dos centros respiratórios bulbares.

Sistema nervoso central:

O cérebro é particularmente sensível à hipóxia e à hipoglicemia. No processo de morrer, observa-se redução progressiva do nível de consciência, delirium terminal e sonolência crescente até o coma.

A diminuição da consciência é multifatorial, relacionada à hipóxia, hipercapnia, alterações metabólicas, insuficiência hepática e renal, além do efeito de mediadores inflamatórios. Esse fenômeno tem implicações éticas relevantes, pois muitas

decisões clínicas ocorrem quando o paciente já perdeu a capacidade de comunicação.

Disfunção renal e acúmulo de toxinas urêmicas:

A hipoperfusão renal leva à insuficiência renal aguda ou à progressão da doença renal crônica. Conseqüentemente, ocorre retenção de ureia e creatinina, distúrbios hidroeletrólíticos e acidose metabólica

Essas alterações contribuem para náuseas, prurido, confusão mental e mioclonias, sintomas frequentemente observados na fase final da vida.

Fígado e sistema gastrointestinal:

A falência hepática terminal resulta em redução da síntese de proteínas, hipoglicemia e acúmulo de amônia e outras toxinas.

O trato gastrointestinal apresenta íleo funcional, redução da motilidade e absorção prejudicada. A anorexia e a caquexia não representam falha de cuidado, mas expressão fisiológica do organismo em falência.

Inflamação sistêmica e resposta imune:

O processo de morrer é acompanhado por uma resposta inflamatória sistêmica persistente, caracterizada por liberação de citocinas pró-inflamatórias (IL-1, IL-6, TNF-alfa). Essa inflamação contribui para catabolismo muscular, resistência insulínica, anorexia e fadiga intensa.

O sistema imune torna-se ineficaz, aumentando a suscetibilidade a infecções, que frequentemente atuam como evento terminal.

Caquexia e falência metabólica:

A caquexia associada a doenças avançadas é um estado metabólico irreversível, caracterizado por perda de massa muscular, lipólise aumentada e alterações humorais.

Esse estado não responde adequadamente à nutrição artificial, reforçando o conceito de limites biológicos da intervenção médica.

Integração dos sistemas e irreversibilidade

O morrer ocorre quando a falência de múltiplos sistemas ultrapassa a capacidade de compensação. A irreversibilidade é marcada por falência circulatória refratária, acidose grave persistente, coma profundo culminando com parada cardiorrespiratória e óbito.

Reconhecer esse ponto é fundamental para evitar intervenções desproporcionais e focar no conforto.

Implicações clínicas em Cuidados Paliativos

Conceituando a Fase Final da Vida

A fase final da vida pode ser dividida, didaticamente, em:

- Fase terminal (últimas semanas ou poucos meses): estado irreversível com declínio funcional progressivo.

- Fase pré-ativa de morte (últos 5–14 dias): aparecimento de sinais de transição clínica para a morte.

- Fase ativa de morte (últas 24–72 horas): momento fisiológico da falência orgânica global].

Sinais Clínicos nos Últimos Dias de Vida

Alterações no Nível de Consciência

- Sonolência progressiva, com aumento do tempo dormindo.

- Diminuição da resposta verbal e motora.

- Inversão do ciclo sono-vigília.

- Torpor, sopor ou coma nos momentos finais.

Importância clínica: muitos pacientes morrem em coma tranquilo, sem sinais de sofrimento evidente. Reconhecer essa transição evita intervenções desnecessárias.

Diminuição da funcionalidade

Impossibilidade ou muita dificuldade para sair da cama, ingerir alimentos ou líquidos, cuidar de sua higiene, controlar esfínteres.

Fala lenta, fracionada, com som fraco.

Redução da Ingestão Oral

- Recusa alimentar e hídrica espontânea.

- Diminuição da força de deglutição.

- Anorexia e adipsia completas.

Conduta: não insistir em nutrição ou hidratação forçada nesse momento é um princípio de não-maleficência. Hidratação venosa pode agravar hipersecreção e desconforto.

Respiração Agônica ou Terminal

- Respiração irregular, superficial, com apneias.
- Respiração com uso de musculatura mandibular
- Padrões de Cheyne-Stokes: hiperpneia seguida de apneia.
- Bradipneia ou taquipneia terminal.
- Uso de musculatura acessória, batimentos de asa nasal.

Sinal importante de falência neurológica e metabólica. A respiração terminal pode parecer desconfortável para os presentes, mas frequentemente não está associada à dor para o paciente inconsciente.

Estertores de Morte (ruído terminal)

- Ruído borbulhante na via aérea superior (laringe/faringe).
- Relacionado a incapacidade de deglutir ou tossir secreções.

Tratamento: reposicionamento, anticolinérgicos (escopolamina). Aspiração geralmente não indicada, exceto se secreção visível e gerando obstrução.

Extremidades Frias e Moteamento

- Palidez cutânea, cianose periférica.
- Moteamento (mottling): manchas reticuladas violáceas em membros inferiores e região sacral.
- Extremidades frias, pulsos finos.

Indicam vasoconstrição periférica por baixo débito cardíaco, comum nas últimas horas.

Diminuição da Frequência Cardíaca e PA

- Hipotensão progressiva.
- Bradicardia terminal (ou taquicardia compensatória inicialmente).
- Pulso fino, irregular ou ausente perifericamente.

Monitorização invasiva deve ser evitada. O objetivo não é reverter, mas compreender o processo natural. Deixar monitores geram ansiedade no familiar e na equipe assistencial, frustrações e o desvio do olhar principal: a pessoa que está partindo.

Delirium Hipoativo ou Hiperativo Terminal

- Delirium hipoativo: apatia, sonolência, olhar perdido, alucinações silenciosas.
- Delirium hiperativo: agitação, inquietação, vocalizações, resistência ao cuidado.

Pode preceder a morte em até 80% dos pacientes. O manejo pode incluir haloperidol, quetiapina, midazolam, conforme o caso.

Outros sinais comuns

- Diminuição ou ausência de diurese.
- Incontinência urinária e fecal.
- Relaxamento esfínteriano.
- Postura fetal ou imobilidade profunda.
- Olhos semicerrados, com ressecamento e ausência de reflexo de piscar.
- Respiração com boca entreaberta.

Sugestão de leitura:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9296934/>
acessado em 17,01,2026

Manejo Clínico na Morte Iminente

Objetivos

- Alívio de sintomas (dor, dispneia, agitação).
- Suspensão de medidas fúteis (antibióticos, exames, infusões não confortativas).
- Apoio à família.
- Presença contínua e compassiva da equipe.

Condutas frequentes

- Suspender nutrição/hidratação venosa não essencial.
- Retirar dispositivos invasivos (sondas, cateteres desnecessários).
 - Medicação via subcutânea (hipodermóclise) para analgesia, sedação, antipsicóticos.
 - Oferecer ambiente calmo, acolhedor, com presença de familiares.
 - Informar e orientar a família com empatia e clareza: “O corpo está se desligando naturalmente. Nessa fase, queremos garantir que tudo seja confortável e digno”.

Considerações Éticas e Comunicacionais

- Comunicar precocemente à família a transição para a fase ativa de morrer.

- Evitar frases ambíguas como “vamos fazer o possível”.

Usar expressões como:

o *“Estamos agora diante de uma transição. A partir daqui, o mais importante é manter o conforto e a dignidade.”*

o *“Essa é uma fase natural e esperada. Nós estaremos aqui para cuidar até o fim.”*

- A sensibilidade e empatia da equipe é fundamental no diálogo, porém há necessidade de se dizer o que deve ser dito, utilizando vocabulários que possam deixar muito claro que o paciente está morrendo.

- Mesmo nos últimos minutos, evitar frases como : *“Não há mais nada a se fazer.”* É preferível dizer: *“Agora é o momento em que ele está partindo. Tudo o que podemos fazer está sendo feito pelo melhor.”*, pois o CP é o melhor a ser feito e grandioso em sua totalidade, mesmo em atitudes simples como apenas um cuidado com a postura do paciente, ou a suspensão de todas as futilidades terapêuticas. Saber que o paciente não está num ambiente de UTI, rodeado de aparelhos ruidosos, dor total não controlada, dispneia ou solidão é uma grande ação. Não cometer distanásia deve gerar um grande consolo e alívio a todos os profissionais envolvidos, e não sentimentos de fracasso diante da morte, que é inevitável.

- Respeitar valores culturais e espirituais.

- Reconhecer e validar o luto antecipatório.

Reconhecimento do Momento da Morte

A morte clínica é caracterizada pela cessação irreversível das funções cardiorrespiratórias ou, em determinados contextos (ex.: morte encefálica), da atividade encefálica total.

No contexto dos CP, a morte geralmente ocorre por falência orgânica progressiva, sendo reconhecida por:

- Ausência de pulso central e batimentos cardíacos.
- Ausência de movimentos respiratórios por mais de 1 minuto.
- Pupilas midriáticas e não reativas à luz.
- Ausência de resposta motora e reflexos.

DECLARAÇÃO DE ÓBITO: PREENCHIMENTO E TRÂMITES LEGAIS

A Declaração de Óbito é um documento médico-legal, padronizado pelo Ministério da Saúde (MS nº 116/2009), de preenchimento obrigatório por médico, que permite:

- Registro civil do óbito.
- Sepultamento.
- Levantamento epidemiológico e estatístico sobre mortalidade.

Estrutura da DO

A DO é dividida em três partes:

Parte I: Identificação do falecido (nome, idade, sexo, cor, profissão, endereço, escolaridade, local da morte).

Parte II: Causas da morte (linha causal: causa imediata, causas intermediárias, causa básica).

Parte III: Informações complementares (violência, gestação, local da morte, autópsia, médico responsável).

Causa da morte – como preencher corretamente

A linha causal deve ser preenchida da seguinte forma:

1. Causa imediata (linha A): evento final (
2. Causas intermediárias (linha B/C): condições que levaram à imediata.
3. Causa básica (linha D): doença que iniciou a cadeia de eventos. É a mais importante para fins epidemiológicos.
Não é adequado colocar “parada cardiorrespiratória” como causa imediata.

Distribuição das vias da DO

1ª via: recolhida nas Unidades Notificadoras, devendo em ficar em poder do setor responsável pelo processamento dos dados, na instância municipal ou estadual;

2ª via: Entregue à família para esta levar ao cartório de registro civil, devendo nele ser arquivada para os procedimentos legais;

3ª via: permanece nas Unidades Notificadoras, em casos de óbitos notificados pelos estabelecimentos de saúde, IML ou SVO, para ser anexada à documentação médica (prontuário) pertencente ao falecido.

Nos casos de morte com assistência médica, o médico encaminhará a primeira e terceira vias para a secretaria municipal de saúde e a segunda entregará à família.

Em casos de morte sem assistência médica, se há médicos na localidade, o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), o médico deste serviço preencherá. Quando não existe SVO, qualquer médico tem obrigação de preencher.

Em casos de morte natural em localidade onde não haja médico: o responsável pelo falecido, com mais duas testemunhas, comparece ao cartório do registro Civil, que preenche as três vias da D.O. O oficial do registro deve conseguir a informação de cada item do documento. O cartório retém a segunda via para os procedimentos legais e, quando da busca ativa, entrega a primeira e a terceira vias ao órgão de processamento da secretaria de saúde.

Direitos dos familiares após o óbito

- Receber informações claras sobre a morte e seus desdobramentos.
- Obter a Declaração de Óbito assinada.
- Acompanhar o corpo, realizar ritos fúnebres.

- Reivindicar documentos médicos, desde que autorizados legalmente.

Deveres e Responsabilidades do Médico Após o Óbito

- Preenchimento correto da Declaração de Óbito

O médico pode ser solicitado a:

- Preencher formulários de seguro de vida (relatório médico, histórico clínico).

- Emitir laudos ou pareceres para benefícios previdenciários (ex.: pensão por morte, INSS).

- Assinar declarações para liberação de corpo no hospital.

Essas obrigações devem estar relacionadas ao histórico real do paciente, e é ético e legal recusar documentos que deturpem a verdade médica.

Honorários Médicos e Aspectos Éticos

- A cobrança de honorários por serviços prestados antes do óbito é legítima.

- O médico não deve cobrar valores adicionais pelo preenchimento da DO – é obrigação inerente ao exercício profissional.

- Caso o médico seja solicitado a emitir relatórios ou pareceres extras, especialmente para planos de seguro, pode haver cobrança, desde que com clareza e razoabilidade.

Segundo o CFM, qualquer cobrança deve respeitar os princípios éticos, dignidade profissional e transparência com a família.

Apoio à Família em Luto: Papel do Médico

Mesmo após a morte, os CP permanecem, tendo o médico papel fundamental fornecendo explicações humanizadas sobre a causa da morte., auxiliando na elaboração do luto através de uma despedida digna, evitando linguagem técnica excessiva ou impessoal, fornecendo apoio ou indicando apoio psicológico ou religioso, conforme o contexto.

Os profissionais que prestaram assistência e cuidados no período de vida do paciente fizeram parte não somente deste, mas de toda a família, que se viram envolvidas com toda a equipe que, prestando CP, acompanhou todos ao redor. Assim sendo, é frequente que os familiares criem laços com os profissionais, que não se encerram com a morte do paciente.

É comum os profissionais continuarem prestando atendimento dentro das suas áreas de atuação a outros membros da família, assim como para amigos que são referendados. A equipe que presta CP, sendo totalmente capacitada, humanizada e empática, sempre terá um grande apreço e carinho por parte de todos.

Participar de rituais de despedida (velório), cumprimentando os familiares e amigos do paciente, gera um grande sentimento de gratidão por parte dos familiares.

IMUNIZAÇÃO

A vacinação é uma estratégia consagrada de saúde pública, mas seu papel também é fundamental em CP, especialmente quando os objetivos incluem manutenção da qualidade de vida, prevenção de crises infecciosas, redução de hospitalizações e evitação de sofrimento evitável.

Mesmo quando a cura não é mais possível, a prevenção de doenças imunopreveníveis pode proporcionar dias melhores, mais autonomia e menos complicações agudas em pessoas que convivem com doenças crônicas avançadas ou terminais. Muitos pacientes em CP terão um longo caminho até o óbito, beneficiando-se de prevenção. Outros, em fase final da vida, deve-se pesar o benefício da intervenção.

A imunização em pacientes paliativos deve ser:

1. Individualizada: levando em conta prognóstico, funcionalidade, tempo de vida estimado e vontade do paciente.
2. Proporcional: evitando futilidades, mas também não negligenciando intervenções que tragam alívio e conforto.
3. Contextualizada: muitas vezes, imunizar o cuidador, a família e a equipe é tão importante quanto imunizar o paciente.

Vacinas Relevantes em Cuidados Paliativos

Influenza (Gripe)

Indicação: anual, para todos os pacientes com doenças crônicas ou em cuidados paliativos, inclusive idosos frágeis.

Benefícios: reduz hospitalizações, exacerbações de DPOC/asma, infecções secundárias e mortalidade.

Esquema: dose única anual (atualizada anualmente com as cepas circulantes).

Contraindicações: anafilaxia prévia à vacina ou a componentes (ex. ovo, dependendo da formulação).

COVID-19

Indicação: todas as pessoas em cuidados paliativos, com prioridade para idosos e imunossuprimidos.

Esquema: conforme diretrizes locais (geralmente reforço semestral ou anual com vacinas atualizadas contra variantes).

Importância: previne formas graves, insuficiência respiratória e óbito; impacto direto na qualidade de vida.

Contraindicação: reação anafilática à dose anterior.

Pneumocócica – Prevenar 20 (PCV20)

Atualização importante: a vacina Prevenar 20 substituiu os esquemas anteriores com PCV13, PCV15 e PPSV23.

Indicação: Dose única para todos os adultos a partir de 60 anos, independentemente do histórico vacinal. Também indicada a partir dos 19 anos em pacientes com comorbidades (DPOC, diabetes, nefropatia, câncer, imunossupressão).

Benefícios: previne pneumonia, bacteremia e meningite por pneumococos com esquema simplificado e maior cobertura sorotípica.

Contraindicação: reação alérgica grave prévia.

Apesar desta substituir a PPSV23, esta ainda está disponível no SUS, devendo ser feita dose de reforço após 5 anos.

Herpes-zóster – Vacina Recombinante (Shingrix)

Indicação: ≥50 anos com ou sem comorbidades.

Prioridade para imunocomprometidos, pacientes oncológicos, usuários crônicos de imunossupressores e idosos frágeis.

Esquema: 2 doses, com intervalo de 2 meses.

Importância em paliativos: previne neuralgia pós-herpética, que pode ser extremamente debilitante.

Contraindicação: hipersensibilidade grave à vacina; não contém vírus vivo, portanto é segura em imunossuprimidos. Em pacientes que usarão rituximabe, fazer a vacina 2 a 4 semanas antes do início da terapêutica

Vírus Sincicial Respiratório (VSR) (Arexvy, Abrysvo)

Nova vacina aprovada para adultos ≥60 anos e imunossuprimidos.

Esquema atual: dose única. Ainda não há recomendação de reforço anual, pois os dados de duração de proteção estão em estudo.

Benefícios: previne infecção respiratória grave, hospitalização, exacerbação de DPOC e insuficiência cardíaca.

Uso em paliativos: pode ser considerada em pacientes com alta vulnerabilidade respiratória e expectativa de vida significativa (>3-6 meses).

DTPa (Difteria, Tétano e Coqueluche Acelular)

Indicação: reforço a cada 10 anos, especialmente em idosos e profissionais de saúde.

Importância: Previne tétano, que ainda é potencialmente fatal em idosos. Coqueluche pode causar tosse intensa e sofrimento respiratório.

Indicação indireta: vacinar cuidadores e familiares em contato com pacientes vulneráveis.

Hepatite B

Indicação: pacientes com risco de exposição (uso de dispositivos invasivos, nefropatias, imunossupressão).

Esquema: 3 doses (0, 1, 6 meses), com vacinas recombinantes.

Importância: previne hepatite crônica e complicações infecciosas em pacientes institucionalizados ou sob cuidados prolongados.

Dengue:

Vacina atenuada tetravalente, baseada no sorotipo 2.

Aprovada para pessoas de 4 a 60 anos, com ou sem infecção prévia por dengue.

Esquema de 2 doses, com intervalo de 3 meses.

Em CP, é possível vacinar desde que o paciente esteja imunocompetente e com expectativa de vida que permitam completar o esquema vacinal e tenha risco significativo e exposição à dengue.

Estratégias Práticas em CP

Vacinação indireta ("estratégia de casulo"): proteger o entorno do paciente com imunizações em profissionais e cuidadores.

Evitar intervenções fúteis: pacientes em fase de agonias ou com prognóstico de dias não devem ser vacinados.

Educação e escuta ativa: esclarecer mitos, respeitar preferências e integrar a imunização nos planos terapêuticos de forma ética.

Prescrição compartilhada com a equipe de saúde pública: algumas vacinas estão disponíveis pelo SUS com indicação clínica.

Considerações Éticas e Clínicas

Vacinar não é obrigatório; é uma oferta proporcional ao contexto clínico.

A imunização pode ser uma forma de alívio indireto do sofrimento, evitando crises infecciosas dolorosas e desestabilizadoras.

Em pacientes com doenças degenerativas de longa duração (ex. demência, DPOC, ICC), vacinas têm alto valor paliativo.

DESPRESCRIÇÃO EM CP

Uma dúvida muito frequente entre os profissionais é a Desprescrição de fármacos em pacientes que estão em CP.

Ela envolve a avaliação crítica e a retirada planejada e segura de medicamentos que não são mais benéficos, que podem causar danos, que não contribuem para os objetivos de cuidado do paciente ou cuja indicação inicial não se sustenta mais diante do estágio avançado da doença. Essa prática é sustentada por princípios de medicina baseada em evidências, ética clínica, comunicação centrada no paciente e racionalidade farmacológica, sendo particularmente importante em pacientes com doenças crônicas avançadas, multimorbididades, expectativa de vida limitada e fragilidade funcional.

Pacientes em cuidados paliativos frequentemente enfrentam múltiplas comorbidades e polifarmácia. O uso excessivo ou inadequado de medicamentos pode contribuir para:

- Eventos adversos medicamentosos (EAMs)
- Interações medicamentosas
- Quedas, delirium e sedação excessiva
- Comprometimento da função renal ou hepática
- Redução da qualidade de vida
- Sobrecarga financeira

No cenário paliativo, especialmente nas fases avançadas das doenças de base, quando as terapêuticas modificadoras da doença já não tem resultado satisfatório, ou a funcionalidade do paciente está muito prejudicada, a ênfase muda do prolongamento da sobrevida para o controle sintomático, conforto e qualidade de vida. Portanto, medicamentos preventivos ou de benefício a longo prazo muitas vezes perdem relevância. É muito importante que o prescritor avalie o prognóstico, evolução da doença, riscos x benefícios de

tratamentos ou profilaxias, discutindo com o paciente e usando a ciência de cada patologia que está sendo tratada para decidir frente a suspensão.

Princípios Éticos e Comunicação

A Desprescrição deve sempre respeitar os princípios da bioética:

Autonomia: decisões devem ser compartilhadas com o paciente e/ou cuidadores.

Beneficência e não maleficência: pesar benefícios e riscos reais dos medicamentos.

Justiça: evitar custos e recursos com terapias fúteis.

É essencial discutir com o paciente e/ou familiares os motivos da retirada de medicamentos, explicando:

- A mudança dos objetivos de cuidado
- O risco de eventos adversos
- A falta de benefício em certos tratamentos diante do prognóstico
- Ferramentas como o protocolo SPIKES podem auxiliar nesse processo.

No processo do diálogo, não é apropriado dizer “não há mais o que ser feito por você”, sendo substituído por “o enfoque do seu cuidado agora é outro”.

Quando Deprescrever: Critérios Clínicos

Indicadores de Desprescrição

- Diagnóstico de doença incurável e avançada

- Prognóstico limitado (semanas a meses)
- Fragilidade importante ou declínio funcional acelerado
- Polifarmácia (uso de ≥ 5 medicamentos)
- Sintomas atribuíveis a efeitos adversos
- Medicamentos sem clara indicação atual
- Preferência explícita do paciente

Ferramentas de Apoio

- STOPP/START (Screening Tool of Older People's Prescriptions)
- Beers Criteria da American Geriatrics Society, podendo ser acessado em <https://portal.wemeds.com.br/criterios-de-beers-da-ags-2023/>, acessado em 01.07.2025
- Deprescribing.org (protocolos clínicos baseados em evidência)
- Ferramentas paliativas: SPICT, NECPAL, (já descrito em capítulos anteriores)
- Choosing wisely das especialidades

Classes de Medicamentos comumente Deprescritas

Antihipertensivo

Podem causar hipotensão, síncope e queda em pacientes frágeis. Em pacientes com expectativa de vida reduzida e ausência de sintomas, a suspensão é frequentemente segura.

Hipolipemiantes (estatinas)

Benefício cardiovascular em prevenção primária ou secundária exige anos. Estudos como o de Kutner et al. (JAMA Intern Med, 2015) mostraram que a retirada de estatinas em pacientes com doença avançada não aumentou mortalidade e melhorou qualidade de vida.

Antidiabéticos

Metas glicêmicas devem ser flexibilizadas, com tolerância e aumento da margem do controle glicêmico. Em pacientes com doenças avançadas, principalmente em idosos, ficando atento ao risco de hipoglicemias e a sintomas de hiperglicemias descompensadas, aceitando-se glicemias entre 100-180mg/dl em jejum.

Deve-se evitar solicitação de Hemoglobina glicosilada, mas se for solicitada, não há necessidade estar <8%.

Anticoagulantes

Usados para prevenção de AVC em fibrilação atrial ou TVP/TEP.

Considerar Desprescrição em pacientes com risco elevado de sangramento, quedas frequentes, ausência de benefício clínico, ou prognóstico muito limitado. Avaliar risco trombogênico, históricos prévios, vantagens x desvantagens da prevenção.

Inibidores da colinesterase ou memantina

Os benefícios são modestos e a progressão da demência não é evitada. São benéficos para se manter apenas se a ausência destes gere muitos sintomas comportamentais.

São causa comum de efeitos colaterais como anorexia, bradicardia, náuseas, que podem gerar mais desconforto que o benefício deles, principalmente na fase avançada do Alzheimer, onde a Desprescrição é indicada.

Suplementos vitamínicos, cálcio, vitamina D

Frequentemente utilizados sem benefício clínico comprovado em pacientes terminais. Podem ser retirados com segurança, exceto se forem utilizados para controle sintomático.

Bifosfonatos

Indicados para prevenção de fraturas, porém benefícios levam anos para se consolidar. Devem ser retirados em pacientes com expectativa de vida limitada.

Antiagregantes plaquetários

Aspirina e clopidogrel perdem benefício em profilaxia primária no fim da vida. Considerar manutenção apenas em pacientes com alto risco cardiovascular recente.

Quimioterápicos

No câncer avançado, a quimioterapia pode ser oferecida com fins:

- Curativos (em poucos casos selecionados, mesmo com metástases)

- Paliativos de controle de doença (prolongar a sobrevida e/ou retardar sintomas)
- Paliativos sintomáticos (ex: redução de massa tumoral para alívio de dor ou obstrução)

Contudo, à medida que a doença progride e a função global do paciente se deteriora, o índice terapêutico da quimioterapia diminui, com maior risco de toxicidade e redução do potencial benefício.

Um estudo publicado no JAMA Oncology (Prigerson et al., 2015) demonstrou que a quimioterapia em pacientes com câncer terminal e expectativa de vida inferior a 6 meses não melhora a qualidade de vida, mesmo em pacientes com bom performance status, e pode agravar sintomas, aumentar hospitalizações e intervenções fúteis.

Em muitos casos, a quimioterapia na fase terminal está associada a menor probabilidade de morrer em casa e maior uso de UTI e procedimentos invasivos.

Iniciar quimioterapia nas últimas 4 semanas de vida é considerado indicador de má qualidade dos cuidados oncológicos por instituições como a ASCO (American Society of Clinical Oncology).

A decisão de interromper a quimioterapia deve ser baseada em critérios clínicos, prognósticos e funcionais. Alguns fatores importantes:

- Declínio do Performance Status: ECOG ≥ 3 ou Karnofsky $\leq 50\%$ indicam limitação funcional severa. (ver capítulo sobre Avaliação clínica e escalas). Pacientes com ECOG 3-4 têm alta toxicidade e baixo benefício da quimioterapia.

– Progressão após 2-3 linhas de quimioterapia em doença metastática costuma indicar refratariedade. Tumores com mutações tratáveis (ex: EGFR, ALK, BRAF) são exceções.

– Toxicidade cumulativa dos esquemas: Neuropatia, mielossupressão, caquexia e fadiga grave. Pacientes com metástases hepáticas ou renais extensas têm menor capacidade de metabolizar fármacos.

– Prognóstico de semanas a poucos meses, especialmente em pacientes com perda de peso acelerada, falência de múltiplos órgãos, Hiponatremia, elevação de LDH e PCR, Síndrome de resposta inflamatória sistêmica, delirium e dispneia em repouso

– Preferência do paciente.

–

Estratégias para a Desprescrição Segura

Revisar a lista completa de medicamentos

Avaliar cada medicamento em relação a sua indicação, eficácia, risco, tempo necessário para benefício e alinhamento com os objetivos de cuidado

Priorizar quais medicamentos suspender primeiro (ex: os de maior risco ou os claramente fúteis)

Planejar retirada gradual, quando necessário (ex: benzodiazepínicos, opioides, antidepressivos)

Monitorar reações adversas à retirada ou retorno de sintomas.

Reavaliar periodicamente a necessidade de manter ou continuar suspendendo medicamentos

Envolvimento da equipe interdisciplinar

Farmacêutico: ajuda na identificação de interações e riscos.

Enfermeiros e cuidadores: monitoram sintomas e adesão.

Psicólogos: apoiam pacientes/familiares com apego emocional aos tratamentos.

Médicos especialistas: contribuem para decisões compartilhadas.

Desprescrição e Cuidados de Fim de Vida

No final da vida, especialmente em fase de agonia ou terminalidade evidente, o foco recai exclusivamente sobre conforto. Nessa fase, recomenda-se a retirada de:

- Todos os medicamentos que não contribuem para alívio de sintomas
- Medicações por via oral, substituindo por formas subcutâneas ou sublinguais
- Exames laboratoriais e intervenções invasivas desnecessárias

Medicamentos usualmente mantidos ou introduzidos nesta fase incluem:

- Opioides para dor e dispneia
- Antipsicóticos para delírio
- Benzodiazepínicos para ansiedade ou convulsões
- Anticolinérgicos para secreções respiratórias

Barreiras à Desprescrição

- Medo do paciente ou da família de "abandonar o tratamento"
- Apego emocional ao medicamento
- Inércia clínica ou falta de tempo do médico
- Falta de conhecimento sobre como fazer a retirada
- Falta de percepção do profissional que o paciente está piorando
- Ausência de diretrizes padronizadas
- Crença de que “algo precisa ser feito”: médicos, pacientes e familiares podem resistir à ideia de não continuar intervindo.



CP NAS ESPECIALIDADES

NEUROLOGIA

As doenças neurológicas crônicas, progressivas e debilitantes representam um grande desafio para os sistemas de saúde, pacientes e famílias. Condições como esclerose lateral amiotrófica (ELA), doença de Alzheimer e outros transtornos Cognitivos, doença de Parkinson avançada, esclerose múltipla progressiva, acidente vascular encefálico grave, tumores cerebrais e doenças neurodegenerativas raras frequentemente evoluem com perda funcional, comprometimento cognitivo, sofrimento psicológico, sobrecarga familiar e múltiplos sintomas difíceis de controlar.

Ao contrário de muitas doenças oncológicas, as doenças neurológicas frequentemente possuem trajetórias clínicas longas, imprevisíveis e com múltiplas fases de declínio, o que impõe um modelo de cuidado longitudinal, interdisciplinar e precoce.

Epidemiologia e Contexto das Doenças Neurológicas com Indicação de CP

Estima-se que mais de 50 milhões de pessoas no mundo vivam com demência (OMS, 2023), com expectativa de dobrar esse número até 2050. A ELA, embora rara, tem progressão acelerada e impacto devastador. A doença de Parkinson afeta

cerca de 1% da população acima de 60 anos, com quadros motores e não motores debilitantes. Tumores cerebrais primários e metastáticos cursam com alta morbimortalidade, sendo a glioblastoma multiforme um dos mais agressivos.

Essas doenças frequentemente não têm cura, exigindo abordagens centradas em controle de sintomas, tomada de decisão compartilhada, suporte psicossocial, cuidado com cuidadores e planejamento da terminalidade.

Principais Patologias e manifestações para CP:

Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa progressiva, incurável, que compromete de forma implacável os neurônios motores superiores e inferiores. A evolução leva à perda gradual da força muscular, da fala, da deglutição e, por fim, da função respiratória, preservando na maioria dos casos a consciência e a cognição. Nesse contexto, os CP não representam o abandono do tratamento, mas sim a afirmação de um cuidado ativo, contínuo e centrado na pessoa, desde o diagnóstico até o fim da vida.

Nos estágios iniciais, a ELA pode se manifestar por fraqueza focal, fasciculações, câibras, fadiga e alterações discretas da fala ou da motricidade fina. Embora a funcionalidade global ainda esteja preservada, o impacto emocional do diagnóstico é profundo. Medo, ansiedade, tristeza antecipatória e incerteza em relação ao futuro são frequentes.

O cuidado paliativo precoce atua principalmente no acolhimento, na comunicação clara e compassiva e no manejo dos sintomas iniciais. O controle de câibras pode ser feito com

medidas farmacológicas simples e intervenções não farmacológicas, como alongamentos e fisioterapia. A fadiga deve ser reconhecida e respeitada, com adaptação de rotinas e conservação de energia.

Do ponto de vista emocional, o suporte psicológico é essencial. A escuta ativa e o respeito ao tempo de assimilação do paciente são tão terapêuticos quanto qualquer medicação. Introduzir desde cedo o conceito de planejamento antecipado de cuidados permite que valores, desejos e limites sejam expressos enquanto a comunicação ainda é plena. O diálogo com o paciente e seus familiares precisa ser franco e gradual, porém sempre sendo antes dos eventos ocorrerem. Abordar a evolução da doença antes auxilia a tomada de decisões compartilhada de forma sensata, racional e não intempestiva ou emergencial, o que pode tendenciar a situações de futilidades terapêuticas e distanásia.

À medida que a doença avança, a fraqueza se torna generalizada. Surgem dificuldades para deambular, realizar atividades básicas e manter a postura. A espasticidade e a dor musculoesquelética passam a ser mais prevalentes. A fisioterapia paliativa, focada no conforto e na prevenção de contraturas, torna-se fundamental, assim como o uso adequado de dispositivos de apoio.

A disartria evolui para anartria em muitos pacientes. A perda da fala é uma das experiências mais angustiantes da ELA, por ameaçar a identidade e a autonomia. O cuidado paliativo valoriza a comunicação alternativa, com pranchas, dispositivos eletrônicos e tecnologias assistivas, garantindo que o paciente continue a expressar desejos, emoções e decisões.

A dor, muitas vezes subestimada na ELA, deve ser avaliada de forma sistemática. Analgésicos, relaxantes musculares e, quando necessário, opioides em doses ajustadas podem ser utilizados com segurança, sempre com o objetivo de aliviar o sofrimento e não de acelerar o processo de morrer.

O envolvimento bulbar traz disfagia, sialorreia e risco elevado de aspiração. Comer, que antes era fonte de prazer e convívio, transforma-se em desafio e ameaça. O cuidado paliativo orienta adaptações de consistência alimentar, posicionamento adequado e, quando indicado, a discussão sobre gastrostomia.

A decisão pela alimentação enteral deve ser individualizada e alinhada aos valores do paciente. Para alguns, representa segurança e conforto. Para outros, pode ser percebida como fardo. O papel da equipe paliativa é esclarecer, apoiar e respeitar a escolha, sem imposições.

A sialorreia pode ser tratada com medidas farmacológicas e intervenções locais, reduzindo constrangimento e desconforto. Mais uma vez, o foco não é prolongar a doença, mas aliviar sintomas que impactam diretamente a qualidade de vida. Colírio de atropina sublingual e escopolamina (já discutido em outros capítulos) são alternativas que amenizam o sintoma.

A progressão da fraqueza dos músculos respiratórios marca uma transição crucial na ELA. Dispneia aos esforços mínimos, ortopneia, sono não reparador e cefaleia matinal sinalizam hipoventilação. A ventilação não invasiva é uma das intervenções paliativas mais eficazes, aliviando sintomas e melhorando o conforto.

Com o avanço da insuficiência respiratória, a dispneia pode tornar-se intensa e angustiante. O manejo paliativo inclui oxigenoterapia quando indicada, opioides em baixas doses para alívio da sensação de falta de ar e ansiolíticos para reduzir o sofrimento associado. O objetivo é o conforto respiratório, não a correção de parâmetros fisiológicos a qualquer custo.

A discussão sobre ventilação invasiva e traqueostomia deve ser conduzida de forma antecipada, honesta e empática. Alguns pacientes optam por não prosseguir com medidas invasivas. Outros as desejam. Ambas as decisões são legítimas quando informadas e alinhadas aos valores pessoais.

A sedação paliativa é o recurso primordial no caso de finitude para amenizar o sofrimento e, principalmente, o desconforto respiratório.

Considerando a dimensão psicológica, espiritual e familiar, a ELA impõe perdas sucessivas e visíveis. O luto começa antes da morte, tanto para o paciente quanto para seus familiares. Depressão, ansiedade e sofrimento existencial são comuns e devem ser reconhecidos como parte do cuidado paliativo. A perda da autonomia, juntamente com a deterioração física, estando o paciente lúcido, faz com que a dimensão do sofrimento emocional seja maior que em caso de doenças neurodegenerativas que cursam com declínio do estado mental.

O suporte psicológico e espiritual, respeitando crenças e significados individuais, ajuda a ressignificar a experiência do adoecimento. Para muitos, questões sobre sentido de vida,

legado e reconciliação tornam-se centrais. Criar espaço para essas conversas é um ato terapêutico profundo.

A família também adocece junto. O cuidador principal frequentemente experimenta exaustão física e emocional. O cuidado paliativo inclui orientar, apoiar e, quando possível, aliviar essa carga, reconhecendo que cuidar do cuidador é cuidar do paciente. Sendo uma doença progressiva e irreversível apesar de todas os cuidados e que a morte é inevitável, sentimentos de exaustão, fadiga, impotência, irritabilidade insônia e ansiedade fazem com que o cuidador seja vulnerável a síndrome do estresse do cuidador, depressão e debilidade física. Além disto, pode sofrer cobrança e falta de reconhecimento por outros familiares e até pelo próprio doente, principalmente quando as demandas dos cuidados são mais intensas.

Demências (Alzheimer, frontotemporal, Lewy, vascular, entre outras)

A Doença de Alzheimer é uma enfermidade neurodegenerativa progressiva, incurável, que compromete de forma gradual e irreversível a memória, a cognição, o comportamento e, nas fases finais, as funções básicas da vida. Diferentemente de muitas doenças físicas, o Alzheimer corrói lentamente a identidade, a autonomia e a capacidade de reconhecer a si e aos outros. Nesse percurso prolongado, os CP assumem papel central, não apenas no final da vida, mas desde o diagnóstico, acompanhando cada fase da doença com foco no conforto, na dignidade e no cuidado integral.

Nos estágios iniciais, os sintomas costumam ser sutis: lapsos de memória recente, dificuldade para encontrar palavras,

desorientação leve no tempo, redução da capacidade de planejamento e alterações discretas do humor. O indivíduo, em geral, mantém autonomia funcional, mas já percebe que algo não vai bem.

O impacto emocional do diagnóstico é profundo. Medo de “perder a si mesmo”, ansiedade em relação ao futuro e, por vezes, depressão reativa são frequentes. O CP, nessa fase, tem papel essencial no acolhimento, na comunicação clara e no suporte psicológico. Validar o sofrimento, oferecer informação honesta e respeitar o ritmo de compreensão do paciente são intervenções terapêuticas fundamentais.

Do ponto de vista sintomático, o manejo farmacológico visa retardar a progressão cognitiva quando indicado, enquanto as abordagens não farmacológicas — estimulação cognitiva, rotinas estruturadas, atividade física e engajamento social — contribuem para a preservação da funcionalidade e do sentido de vida.

Este é também o momento privilegiado para o planejamento antecipado de cuidados. Enquanto a capacidade decisória está preservada, devem ser discutidos valores, desejos, limites terapêuticos e preferências para o futuro, incluindo decisões sobre cuidados no fim da vida, decisões sobre bens materiais, resolução de atritos pessoais e familiares.

Com a progressão da doença, a perda de memória torna-se mais evidente e abrangente. O paciente passa a apresentar desorientação espacial, dificuldade para reconhecer pessoas, prejuízo importante nas atividades de vida diária e alterações comportamentais marcantes. Agitação, irritabilidade, apatia, ansiedade, delírios e alucinações podem surgir, causando

intenso sofrimento para o paciente e seus cuidadores. Nesta fase, o CP concentra-se no manejo dos sintomas neuropsiquiátricos e na preservação do conforto. Intervenções não farmacológicas devem ser sempre priorizadas: ambiente calmo, previsível, com redução de estímulos excessivos; comunicação simples e empática; validação emocional em vez de confrontação. Quando necessário, o uso criterioso de psicofármacos pode aliviar sintomas refratários, sempre ponderando riscos e benefícios. O objetivo não é sedar, mas reduzir sofrimento e promover segurança. A perda progressiva da autonomia impõe ao cuidador uma carga física e emocional crescente. O cuidado paliativo reconhece o cuidador como parte da unidade de cuidado, oferecendo orientação, suporte emocional e prevenção do esgotamento, que é frequente nessa fase.

À medida que o Alzheimer avança, o declínio cognitivo se associa a um comprometimento físico significativo. O paciente passa a depender integralmente de terceiros para higiene, alimentação, locomoção e continência. A linguagem torna-se cada vez mais limitada, até a perda quase completa da comunicação verbal. Surgem sintomas como rigidez, dificuldade para deglutir, perda ponderal, infecções recorrentes, constipação e dor, frequentemente subdiagnosticada pela incapacidade de expressão verbal. O CP exige uma escuta atenta dos sinais não verbais de sofrimento: expressões faciais, vocalizações, alterações comportamentais e respostas ao toque. A alimentação torna-se um dos grandes dilemas dessa fase. A disfagia aumenta o risco de aspiração, e a recusa alimentar é comum. O CP orienta adaptações de consistência, alimentação

assistida e conforto durante as refeições. A indicação de alimentação por sonda deve ser cuidadosamente discutida, considerando evidências, prognóstico e, sobretudo, os valores previamente expressos pelo paciente, podendo muito bem ser optado por dieta de conforto (ver capítulo específico).

Na fase final, o paciente encontra-se acamado, com mobilidade mínima ou ausente, comunicação inexistente e profunda dependência. Infecções respiratórias, sepse, lesões por pressão, síndrome de imobilidade, desnutrição e insuficiência orgânica tornam-se causas frequentes de morte. O CP, volta-se integralmente para o conforto. O manejo da dor, da dispneia, da ansiedade e da agitação terminal deve ser proativo e contínuo. Analgésicos, opioides, ansiolíticos e, quando necessário, sedação paliativa proporcional devem ser utilizados para aliviar sofrimento refratário, sempre guiados por princípios éticos e pela proporcionalidade terapêutica.

A presença da equipe, o toque cuidadoso, a voz calma e o respeito ao ritmo natural do corpo tornam-se intervenções centrais. Mesmo sem resposta consciente, o paciente continua sendo sujeito de cuidado e dignidade.

A família vivencia um luto prolongado, iniciado muito antes da morte física. A equipe paliativa tem papel essencial no acompanhamento desse processo, oferecendo suporte emocional, explicações claras sobre a evolução natural da doença e presença compassiva no momento da despedida

Doença de Parkinson (em estágio avançado ou com demência associada)

Manifestações críticas:

- Rigidez severa, quedas, disfagia, constipação e alucinações.
- Complicações relacionadas ao uso crônico de levodopa (flutuações motoras, discinesias).

Relevância dos CP: ajuste medicamentoso focado em qualidade de vida, cuidado com disfagia e mobilidade, prevenção de internações desnecessárias. Os CP priorizam também medidas preventivas das incapacidades, para que sejam postergadas ao máximo possível. Fisioterapeutas, educadores físicos, fonodialogos possuem relevância fundamental neste processo, desde o início das manifestações.

Tumores do Sistema Nervoso Central (primários e metastáticos)

Manifestações críticas:

- Cefaleia, convulsões, déficits motores e cognitivos, hidrocefalia.
- Edema cerebral, alterações de personalidade, coma.

Relevância dos CP: controle de dor, convulsões, edema cerebral, suporte para decisões sobre cirurgia/radioterapia, preparação para fase terminal.

Acidente Vascular Encefálico (AVE) com sequelas graves

O AVC pode ser classificado em isquêmico ou hemorrágico, ambos com espectro amplo de gravidade. Alguns

eventos são rapidamente fatais, enquanto outros cursam com sobrevida prolongada, porém com alto grau de incapacidade. Elementos que contribuem para o sofrimento incluem:

- Déficits neurológicos graves (hemiplegia, afasia, negligência, disfagia)
- Alterações cognitivas e comportamentais
- Perda da autonomia e identidade funcional
- Complicações clínicas recorrentes (infecções, aspiração, dor, espasticidade)
- Comunicação limitada ou ausente

Essas características tornam o AVC um exemplo paradigmático de condição em que a abordagem paliativa deve coexistir com terapias modificadoras de doença.

Os cuidados paliativos podem e devem ser considerados em diferentes momentos.

Na fase aguda grave, em pacientes com AVC extenso hemisférico ou de tronco encefálico, hemorragia intracerebral volumosa e baixa probabilidade de recuperação funcional significativa. Nessa fase, o cuidado paliativo atua paralelamente ao tratamento intensivo, auxiliando na comunicação de prognóstico, definição de objetivos de cuidado e manejo de sintomas.

Na fase subaguda ou com reabilitação limitada, são para os pacientes que sobrevivem ao evento inicial mas evoluem com dependência funcional grave, disfagia persistente, afasia global, demência ou sequelas importantes. Nestes o foco é a qualidade de vida, o alívio de sintomas crônicos e o suporte à família cuidadora.

Nos pacientes já crônicos, com múltiplos AVCs, complicações infecciosas recorrentes ou deterioração neurológica progressiva podem se beneficiar de cuidados paliativos exclusivos, com priorização do conforto.

Esclerose Múltipla em fase progressiva

Manifestações críticas:

- Paraparesia ou tetraparesia, disfunções esfínterianas, dor neuropática, fadiga intensa.
- Declínio cognitivo, isolamento social.

Relevância dos CP: controle de sintomas refratários, suporte psicossocial, cuidado com mobilidade e nutrição, planejamento de terminalidade.

Doenças neuromusculares hereditárias ou autoimunes graves (ex.: Distrofias, Miastenia Gravis grave)

Manifestações críticas:

Fraqueza muscular respiratória e bulbar.

Repetidas hospitalizações por insuficiência respiratórias

Relevância dos CP: abordagem da falência ventilatória, comunicação com paciente/família sobre opções de suporte, cuidados respiratórios e conforto.

Princípios dos Cuidados Paliativos em Neurologia

Deve ocorrer desde o diagnóstico de uma condição neurológica incurável ou com impacto funcional importante,

permitindo planejamento de cuidados futuros, alívio precoce de sintomas e construção de vínculo com equipe.

Ao longo da progressão da doença, há necessidade de adaptar o plano de cuidado, conforme fases de estabilidade, declínio funcional, crises agudas, dependência total e terminalidade.

Deve-se valorizar preferências, espiritualidade, cultura e dignidade, incluindo a família como unidade de cuidado.

Médico, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, serviço social, entre outros, devem atuar de forma integrada.

Sintomas e Desafios Comuns

Dor

Embora muitas doenças neurológicas não sejam dolorosas inicialmente, dor neuropática pode surgir por espasticidade, contraturas, posturas inadequadas, imobilidade, ou lesões cutâneas.

Tratamento: gabapentina, pregabalina, amitriptilina, duloxetina, opioides (quando dor mista), toxina botulínica para dor espástica.

Disfagia

Frequentíssima em ELA, Parkinson avançado, AVC e demências.

Risco de broncoaspiração e desnutrição.

Cuidados: adaptação de dieta, suplementos nutricionais, técnicas posturais, uso criterioso de sonda enteral (com base em valores do paciente), suporte nutricional.

Dispneia

Presente em doenças neuromusculares (ELA), por fraqueza diafragmática e musculatura intercostal.

Conduta: ventilação não invasiva (VNI), oxigenoterapia (se hipoxemia), opioides para alívio da sensação de falta de ar, sedação paliativa quando refratário.

Espasticidade e rigidez

Afeta mobilidade, sono e higiene. Maior risco de lesões por pressão e infecções cutâneas.

Tratamento: baclofeno oral, dantrolene, benzodiazepínicos, toxina botulínica, fisioterapia passiva.

Agitação e delirium

Comum em fases avançadas de demência e encefalopatias.

Medicação: estabilizadores de humor como Citalopram no Alzheimer, haloperidol, quetiapina, risperidona (com cautela), abordagem não farmacológica (ambiente calmo, rotina estruturada).

Transtornos do sono

Fragmentação, sonolência diurna, síndrome das pernas inquietas, transtorno do sono REM.

Condutas: higiene do sono, medicações específicas (melatonina, clonazepam, pramipexol, trazodona, mirtazapina, zolpidem, ezopiclona), adaptação do ambiente.

Transtornos cognitivos e neuropsiquiátricos

Depressão, ansiedade, apatia, labilidade emocional.

Manejo: psicoterapia, antidepressivos (ISRS), envolvimento familiar, estimulação cognitiva quando possível.

Constipação e incontinência

Constipação comum por imobilidade e fármacos; incontinência por lesões centrais.

Manejo: laxantes, enemas, fraldas, cateterismo intermitente (se necessário), cuidados de pele.

Planejamento Antecipado de Cuidados

Comunicação contínua com o paciente e sua família.

Discussões sobre prognóstico, limites de tratamento, diretivas antecipadas de vontade, e local preferido de cuidado/morte.

Em doenças como ELA, o planejamento é urgente devido à rápida progressão.

Decisões Éticas e Limites Terapêuticos

Suporte ventilatório

Em ELA e distrofias, pode haver indicação de Ventilação não invasiva ou ventilação invasiva, devendo esta ser muito bem criteriosa sua indicação, pois na grande maioria das vezes é distanásia. Pela gravidade e irreversibilidade das patologias, é mais prudente ser indicado sedação paliativa quando as medidas clínicas para dispneia já não estarem sendo efetivas, sendo a VNI

podendo ser considerada a última opção de cuidado antes da sedação.

Alimentação por gastrostomia

Decisão complexa e individualizada.

Em demências avançadas, não há evidência de benefício em sobrevida ou prevenção de aspiração com sondas, sendo priorizado dieta de conforto.

Em ELA, pode ter papel paliativo em fases específicas.

A alimentação é um assunto muito delicado e que causa muito sofrimento e angústia principalmente pelos familiares. Importante ressaltar, conforme já exposto em capítulo anterior, sobre as alterações esperadas das doenças e que a fome é inexistente, na maioria das vezes.

Sedação paliativa

Indicada em sintomas refratários (dispneia, dor, agitação).

Requer consentimento familiar e documentação adequada.

Fármacos: midazolam (principal fármaco utilizado para este fim), levomepromazina, haloperidol, morfina (esta se dispneia). Ver capítulo específico.

Fase Final da Vida nas Doenças Neurológicas

Identificar sinais de morte próxima: recusa alimentar, prostração extrema, torpor ou coma, respiração irregular.

Suspensão de medidas desproporcionais (coleta de exames, antibióticos sem propósito, sondagens desnecessárias).

Garantir controle de dor, secreções, dispneia e agitação.

Apoio intenso à família: luto antecipatório, espiritualidade, orientação sobre processo de morte.

Papel da Família e Cuidador

Cuidador é peça central no cuidado domiciliar.

Alto risco de exaustão física e sofrimento emocional.

Intervenções: suporte psicológico, orientações práticas, grupos de apoio.

ONCOLOGIA

A doença oncológica representa uma ruptura profunda na trajetória de vida do indivíduo e de sua família. O câncer é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Estima-se que, globalmente, mais de 19 milhões de novos casos sejam diagnosticados a cada ano, com quase 10 milhões de mortes atribuídas à doença. Apesar dos avanços terapêuticos, muitos pacientes enfrentam tumores em estágio avançado, recidivado ou refratário, com baixa chance de cura.

A incorporação precoce dos CP no cuidado oncológico é respaldada por forte evidência científica. Além de reduzir sintomas e sofrimento, os CP promovem maior satisfação dos pacientes, menor uso de intervenções fúteis, e até melhora da sobrevida em certos contextos.

O momento do diagnóstico:

O diagnóstico de câncer costuma ser vivido como uma ameaça à vida, mesmo quando o prognóstico é favorável. Medo

da morte, angústia, ansiedade, sensação de perda de controle e questionamentos existenciais surgem de forma imediata. O sofrimento, nessa fase, é predominantemente psicológico e espiritual. As fases de Kubler-Ross geralmente são bem marcadas e vividas, principalmente a da negação e da raiva.

O CP precoce atua no acolhimento, na comunicação empática e no suporte emocional. Explicar o plano terapêutico de forma clara, respeitar o tempo de compreensão do paciente e permitir a expressão de medos e dúvidas são intervenções fundamentais. O CP ajuda a humanizar o início do tratamento e a reduzir o sofrimento associado à incerteza.

Cabe ao médico estar atento e disponível à escuta ativa e empática ao paciente, não focando apenas nas informações sobre as terapêuticas modificadoras de doença e seus efeitos colaterais, assim como com o prognóstico, mas disponível para o diálogo das dúvidas e apreensões dos pacientes. Muitas vezes, durante uma consulta, não há tempo ou oportunidade suficientes para abordar tudo o que o paciente e seus familiares precisam saber, devendo ser feito encontros adicionais para esclarecimentos e conversa.

Sintomas físicos iniciais, como dor, fadiga, náuseas ou alterações do sono, devem ser tratados de forma ativa, independentemente do estadiamento da doença, reafirmando que o alívio do sofrimento é prioridade em qualquer fase.

Tratamento oncológico ativo: controlar sintomas e preservar a vida cotidiana

Durante o tratamento com cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou terapias-alvo, o paciente pode experimentar

uma ampla gama de sintomas: dor, náuseas, vômitos, mucosite, diarreia, constipação, fadiga intensa, alterações cutâneas, perda de apetite e impacto na imagem corporal.

O CP atua no controle desses sintomas, permitindo melhor adesão ao tratamento e preservação da qualidade de vida. A fadiga oncológica, frequentemente subestimada, deve ser reconhecida e manejada com abordagem multimodal. A dor oncológica exige avaliação contínua e tratamento escalonado, com uso seguro de opioides quando indicado.

O sofrimento emocional persiste ao longo do tratamento. Medo da progressão, ansiedade em relação aos resultados e sensação de vulnerabilidade exigem suporte psicológico contínuo. A atenção à família e aos cuidadores também é essencial, pois eles compartilham o peso emocional do adoecimento.

Doença avançada: quando o controle deixa de ser possível

Na doença oncológica avançada, o foco do tratamento desloca-se progressivamente do controle tumoral para o controle dos sintomas. Dor intensa, dispneia, náuseas refratárias, anorexia, caquexia, fadiga extrema e sintomas neurológicos tornam-se mais frequentes.

Os CP assumem papel central nessa fase. O manejo da dor deve ser rigoroso e individualizado, considerando dor nociceptiva, neuropática e dor total, que incluem dimensões emocionais e espirituais. A dispneia, comum em neoplasias pulmonares ou em fases finais de diversas neoplasias, deve ser

tratada com abordagem integrada, incluindo opioides em baixas doses para alívio do sofrimento.

O declínio funcional e a perda da autonomia exigem adaptação do cuidado e suporte intensivo à família. Discussões sobre objetivos de cuidado, limites terapêuticos e local preferido de cuidado e de morte tornam-se essenciais e devem ser conduzidas com sensibilidade e honestidade.

O sofrimento existencial, caracterizado por medo da morte, perda de sentido, desesperança e angústia espiritual, é frequente na oncologia avançada. O cuidado paliativo reconhece que nem todo sofrimento é físico e que a presença, a escuta e o suporte espiritual são intervenções terapêuticas fundamentais.

Quando sintomas refratários persistem apesar de tratamento adequado, a sedação paliativa proporcional pode ser indicada, sempre com o objetivo exclusivo de aliviar o sofrimento e respeitando princípios éticos claros.

Fase terminal: cuidar até o fim

Na fase final da doença oncológica, o paciente encontra-se em declínio acentuado, com dependência funcional importante, redução progressiva da ingestão alimentar, sonolência e alterações do padrão respiratório. A morte torna-se iminente.

O CP volta-se integralmente para o conforto. O manejo da dor, da dispneia, da ansiedade e do delirium deve ser contínuo e proativo. Intervenções fúteis devem ser evitadas, priorizando um ambiente tranquilo, a presença dos familiares e o respeito aos desejos do paciente.

A equipe paliativa tem papel fundamental no acompanhamento da família durante o processo de morrer e no apoio ao luto. Explicar o que está acontecendo, normalizar sinais de fim de vida e oferecer presença compassiva reduz o sofrimento e o medo.

Abaixo, um breve resumo das indicações e situações clínicas. A grande maioria dos tópicos sobre sintomas foram abordadas e mais detalhadas nos capítulos anteriores desta obra.

Tumores com Maior Indicação de Cuidados Paliativos

A indicação de CP não depende apenas do tipo histológico, mas da extensão da doença, carga sintomática, prognóstico e objetivos do paciente. No entanto, alguns tumores apresentam curso mais agressivo ou alta carga sintomática mesmo em fases tratáveis, justificando uma abordagem precoce de CP.

Câncer de pulmão

Alto índice de diagnóstico em estágios avançados, com elevada carga de sintomas: dispneia, dor torácica, tosse, hemoptise. Além disto, apresenta resposta limitada a terapias em fases metastáticas, muitas vezes já com indicação precoce de CP, mesmo em casos com tratamento modificador de doença.

Câncer pancreático

Tumor com baixa taxa de cura e sobrevida global mediana de 6 a 12 meses em doença avançada, com sintomas precoces:

dor epigástrica, anorexia, perda ponderal, icterícia, prurido, náuseas.

Tumores cerebrais (glioblastoma, metástases cerebrais)

Comprometimento neurológico progressivo: déficits motores, alterações cognitivas, convulsões, com alto impacto funcional e familiar. Rápida progressão do glioblastoma, com sobrevida média de 12-15 meses.

Câncer de cólon e reto (metastáticos)

Complicações frequentes: obstrução intestinal, dor abdominal, ascite, carcinomatose peritoneal. Alta carga de intervenções: estomas, drenagens, quimioterapia paliativa.

CP contribui para decisões éticas sobre intervenções e suporte ao domicílio.

Câncer de mama metastático

Apesar dos avanços terapêuticos, pode cursar com lesões cutâneas ulceradas, dor óssea e sintomas neuropsiquiátricos.

CP auxilia no manejo dos sintomas prolongados e no apoio familiar.

Câncer de próstata avançado

Evolução mais lenta, mas com sintomas refratários na fase metastática, com dor óssea intensa, retenção urinária, disfunção sexual.

CP oferece suporte à funcionalidade, controle de dor e suporte psicossocial.

Prognóstico e Planejamento Antecipado de Cuidados

Avaliação prognóstica

Fundamental para decisões clínicas e comunicação com paciente e família.

Ferramentas úteis:

PPS (Palliative Performance Scale)

Karnofsky Performance Scale

Índice de Pronóstico Paliativo (PPI)

Pergunta Surpresa ("Você se surpreenderia se este paciente morresse nos próximos 6-12 meses?") também é válida como gatilho para CP.

(Para descrição de todas estas escalas e detalhes, vá ao capítulo específico sobre Avaliação)

Planejamento antecipado

Discussões sobre limites de tratamento, diretivas antecipadas de vontade, prognóstico, e local preferido de cuidado/morte.

Estudos mostram que a comunicação precoce aumenta a satisfação e reduz intervenções não desejadas no final da vida.

Tomada de Decisão e Comunicação em Oncologia Paliativa

Comunicação efetiva é central: ouvir os valores do paciente, oferecer opções realistas, alinhar expectativas.

Decisões complexas:

- Quando interromper quimioterapia?
- Iniciar ou não nutrição artificial?
- Iniciar sedação paliativa?

- Intervir cirurgicamente em obstruções?

Controle de Sintomas em Oncologia Paliativa

Dor oncológica

Presente em até 80% dos pacientes com câncer avançado.

Tipos: nociceptiva (somática ou visceral), neuropática ou mista.

Tratamento com equipe interdisciplinares e múltiplos focos terapêuticos:

Opioides: morfina, fentanil, oxycodona, metadona.

Adjuvantes: antidepressivos (amitriptilina, duloxetina), anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina), corticoides.

Técnicas intervencionistas: bloqueios, neurólises (ex: plexo celíaco).

Dispneia

Frequente no câncer de pulmão, metástases pulmonares ou doença terminal.

Avaliação subjetiva é mais importante que saturação.

Conduas:

Oxigenoterapia (apenas se hipoxêmico).

Morfina: reduz drive respiratório e ansiedade associada.

Ventilação não invasiva ou suporte ventilatório em pacientes com decisão compartilhada.

Detalhamento maior dos sintomas citados além de outros como náuseas, vômitos, constipação, fadiga, depressão, sugiro acessar os capítulos específicos dos sintomas, os quais se encaixam perfeitamente aos pacientes oncológicos.

Abordagem Interdisciplinar

Médico: definição terapêutica, controle de sintomas, decisões éticas.

Enfermeiro: gestão de sintomas, curativos, administração de medicações.

Psicólogo: apoio emocional, manejo de luto antecipatório.

Fisioterapeuta: mobilidade, prevenção de úlceras e conforto respiratório.

Nutricionista: suporte metabólico e adaptação de dieta.

Assistente social: suporte a direitos, logística e acesso a serviços.

GERIATRIA

O envelhecimento é um processo natural, mas a velhice avançada frequentemente se associa à multimorbidade, à fragilidade e ao declínio funcional progressivo. No idoso, o sofrimento raramente é causado por uma única doença; ele emerge da sobreposição de condições crônicas, perdas acumuladas e limitações crescentes. Nesse contexto, os cuidados paliativos tornam-se fundamentais, não como cuidado exclusivo do fim da vida, mas como uma abordagem contínua, centrada na pessoa, que valoriza conforto, autonomia possível e dignidade até a finitude.

Muitos idosos entram no cuidado paliativo não por um diagnóstico isolado, mas pelo reconhecimento da fragilidade:

quedas frequentes, perda de peso, fadiga persistente, declínio funcional, internações repetidas e redução da reserva fisiológica. Esses sinais anunciam vulnerabilidade e risco aumentado de desfechos adversos.

O CP no idoso começa com o reconhecimento dessas perdas e com a escuta atenta da história de vida, dos valores e das prioridades da pessoa. Para muitos idosos, o maior medo não é a morte, mas a dependência, a dor e a perda de dignidade.

O fator etário não é o fator determinante para eleição ou não de um paciente idoso a CP, mas sua funcionalidade, comorbidades, gravidade da doença, avaliação global do idoso e respeito a autonomia do paciente diante das decisões diante de sua vida e seus cuidados.

Como nem todo paciente está sob assistência de um médico geriatra, este deve participar contribuindo e auxiliando o médico assistente no manejo dos sintomas, que pode não ter experiência ou formação prévia em CP como o geriatra e o médico paliativista possui, evitando condutas inadequadas.

Na Geriatria, os princípios dos CP ganham nuances específicas, pois:

- O envelhecimento é multifatorial e individualizado.
- Muitos idosos apresentam multimorbidades, fragilidade, polifarmácia, delirium e declínio funcional progressivo.
- A morte raramente é súbita; geralmente ocorre ao final de uma longa trajetória de perdas funcionais e autonomia.

Princípios centrais incluem:

- Valorização da autonomia e da dignidade.

- Comunicação efetiva e tomada de decisão compartilhada.
- Avaliação global e continuada.
- Controle rigoroso de sintomas.
- Apoio à família e à equipe.
- Cuidado até o luto.

O acolhimento emocional, a comunicação clara e o respeito ao ritmo do idoso são intervenções centrais. O planejamento antecipado de cuidados deve ser estimulado precocemente, enquanto a capacidade decisória está preservada, permitindo que desejos e limites sejam conhecidos e respeitados.

Sintomas físicos: o corpo que perde reservas

A dor crônica é um dos sintomas mais prevalentes no idoso, frequentemente subdiagnosticada ou subtratada. Pode ter múltiplas origens — osteoarticular, neuropática, visceral — e exige avaliação cuidadosa e abordagem individualizada. O cuidado paliativo valoriza o controle da dor com segurança, considerando alterações farmacocinéticas próprias do envelhecimento.

Dispneia, fadiga, constipação, incontinência, insônia e prurido são sintomas comuns e impactam significativamente a qualidade de vida. No idoso, pequenos sintomas podem gerar grande sofrimento funcional. O cuidado paliativo busca aliviar esses desconfortos, priorizando intervenções simples, proporcionais e centradas no conforto.

A polifarmácia é um desafio frequente. Revisar medicações, suspender tratamentos fúteis e simplificar esquemas terapêuticos são práticas paliativas essenciais para reduzir efeitos adversos e melhorar o bem-estar.

Alterações cognitivas são frequentes no idoso, seja por demência, seja por delirium associado a infecções, internações ou medicamentos. O delirium, em particular, é fonte de grande sofrimento e frequentemente sinaliza fragilidade avançada.

O cuidado paliativo exige atenção aos sinais não verbais de desconforto, especialmente quando a comunicação está comprometida. Agitação, retraimento, expressões faciais e alterações comportamentais devem ser interpretadas como possíveis manifestações de dor ou sofrimento emocional.

O manejo do delirium inclui identificação de fatores desencadeantes, ambiente tranquilo, presença familiar e uso criterioso de medicamentos quando necessário, sempre com foco no conforto e na segurança.

Perda funcional e dependência: redefinir objetivos

Com o avanço da idade e das doenças crônicas, o idoso pode perder progressivamente a capacidade de realizar atividades básicas. A dependência funcional é uma das experiências mais difíceis, frequentemente associada a sentimentos de inutilidade, vergonha e tristeza.

O CP ajuda a redefinir objetivos: da cura para o conforto, da independência total para a autonomia possível. Adaptar o

ambiente, valorizar pequenas escolhas e preservar rotinas significativas são formas de manter a dignidade.

A família, muitas vezes sobrecarregada, precisa de orientação, apoio emocional e reconhecimento. Cuidar do cuidador é parte indissociável do cuidado paliativo no idoso.

Finitude

Na fase final da vida, o idoso apresenta declínio funcional acentuado, perda do apetite, sonolência crescente, redução da interação e sinais de falência orgânica. A morte, em geral, ocorre de forma gradual.

O cuidado paliativo volta-se integralmente para o conforto. O manejo da dor, da dispneia, da ansiedade e da agitação terminal deve ser proativo e contínuo. A redução da ingestão alimentar deve ser compreendida como parte natural do processo de morrer, evitando intervenções invasivas e fúteis, sendo indicação de suspensão de fármacos que já não têm função.

A presença, o toque, o silêncio respeitoso e o ambiente tranquilo tornam-se as principais intervenções terapêuticas. A família deve ser acompanhada com explicações claras e apoio emocional, para que o processo de despedida seja menos traumático.

Deve-se reconhecer os sinais de morte quando está se chegando a fase final da vida, observando e amenizando os sintomas que possam a vir apresentar. Se a morte vir com sofrimento, os CP devem ser totalmente aplicados, com terapêuticas eficazes para amenizar isto e que o idoso parta de

forma digna, seja em casa, no hospital ou na instituição de longa permanência.

Elegibilidade e Indicação dos CP em Geriatria

Os critérios para introdução dos CP em idosos não se baseiam apenas no diagnóstico, mas na avaliação do sofrimento, da progressão da doença, da irreversibilidade do quadro clínico e da limitação dos tratamentos modificadores da doença. As principais indicações incluem:

- Doenças crônicas avançadas e progressivas: doença de Alzheimer, demência vascular, doença de Parkinson avançada, DPOC grave, ICC refratária, Insuficiência renal crônica, complicações de diabetes melito, neoplasias metastáticas.
- Síndrome da fragilidade, com perda funcional importante.
- Quedas recorrentes, hospitalizações frequentes e dependência para atividades básicas da vida diária.
- Presença de sofrimento físico ou psíquico refratário aos tratamentos convencionais.
- Falência terapêutica ou recusa do tratamento modificador da doença.

Ferramentas como o NECPAL, SPICT, PPS (Palliative Performance Scale) e Índice de Fragilidade auxiliam na triagem desses pacientes. –(todos detalhados no capítulo específico sobre Avaliação em CP)

Em idosos portadores de neoplasia, utilizar o Score de Hurria para avaliar o risco de toxicidade a quimioterápicos auxilia

na decisão de se iniciar ou não tratamento quimioterápico, o qual pode ser mais maléfico que a própria evolução da doença.

Para acessar este score:

<https://www.mdcalc.com/calc/10424/cancer-aging-research-group-chemotherapy-toxicity-tool-carg-tt>

acessado em 17.01.2026

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) nos Cuidados Paliativos

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é uma ferramenta essencial na prática paliativa com idosos. Ela investiga domínios que se inter-relacionam e impactam no prognóstico e nas decisões de cuidado

No link <https://avaliacaogeriatrica.com/aga/> acessado em 29.6.25, há inúmeras ferramentas destinadas a avaliação geriátrica, com calculadoras que fornecem os dados precisos.

A AGA avalia os seguintes parâmetros:

- Equilíbrio, mobilidade e risco de quedas
- Função Cognitiva
- Condições Emocionais
- Deficiências emocionais
- Capacidade funcional
- Estado e risco nutricional
- Polifarmácia e medicações inapropriadas
- Comorbidades e multimorbidades

1 -Avaliação Funcional

Avalia a capacidade do idoso realizar atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

Independente: A pessoa realiza a atividade sem qualquer ajuda. – 6 pontos

Dependência moderada: A pessoa precisa de alguma ajuda para realizar a atividade, seja por assistência física ou supervisão. – 4 pontos

Dependência grave: A pessoa não consegue realizar a atividade sozinha e necessita de ajuda integral. – 2 ou menos pontos.

Avalia 6 funções básicas: banho, vestir, ir ao banheiro, transferências, continência e alimentação. Para cada independência, ganha 1 ponto, precisando de ajuda ou dependente, 0 ponto.

Escala de Lawton e Brody (AIVD)

Avalia habilidades mais complexas: usar telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar das finanças, etc.

Pontuação: 0 a 8 (mulheres) ou 0 a 5 (homens).

Questionário de Pfeffer para atividades funcionais

Utilizada principalmente em pacientes portadores de Transtorno Cognitivo.

Para cada pergunta, a resposta e sua pontuação são:

0 – É capaz

0- Nunca o fez, mas poderia fazer agora

1 - Com alguma dificuldade, mas faz

1- Nunca fez e teria dificuldade agora

2 – Necessita de ajuda

3 – Não é capaz

Se pontuação <6, normal, se ≥ 6 – comprometido

- Ele (a) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?
- Ele (a) é capaz de fazer as compras sozinho?
- Ele (a) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?
- Ele(a) é capaz de preparar a comida?
- Ele (a) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?
- Ele(a) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou artigo de jornal?
- Ela(a) é capaz de se lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?
- Ele(a) é capaz de cuidar dos seus próprios medicamentos?
- Ele(a) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?
- Ele(a) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?
- Ele(a) é capaz de ficar sozinho(a) em casa sem problemas?

2. Equilíbrio e marcha

Timed Up and Go (TUG)

Avalia mobilidade: tempo que o idoso leva para levantar-se de uma cadeira, andar 3 metros, retornar e sentar-se.

Tempo > 12-15 segundos sugere alto risco de quedas.

3. Avaliação Cognitiva

Essencial para detectar demência, comprometimento leve ou delirium.

Mini-Mental State Examination (MMSE ou MEEM)

Escala mais amplamente utilizada. Pontuação máxima: 30.

Cortes variam conforme escolaridade.

Avalia orientação, memória, linguagem, atenção, cálculo, praxia.

Pontuação total máxima: 30 pontos

ORIENTAÇÃO E ESPAÇO (máximo: 10 pontos)

Que dia é hoje? (1 ponto)

Que mês estamos? (1 ponto)

Qual o ano? (1 ponto)

Que dia da semana é hoje? (1 ponto)

Qual o horário? (1 ponto)

Em que país estamos? (1 ponto)

Em que estado estamos? (1 ponto)

Em que cidade estamos? (1 ponto)

Em que local (hospital, clínica, casa)? (1 ponto)

Em que andar ou número (do quarto ou da casa)? (1 ponto)

2. REGISTRO IMEDIATO (máximo: 3 pontos)

Dizer claramente três palavras (exemplo: “LIMÃO, CHAVE, AZUL”)

Cada acerto = 1 ponto.

Se o paciente não repetir corretamente, repetir até que ele consiga (máximo 3 tentativas), mas somente a primeira tentativa conta pontos.

3. ATENÇÃO E CÁLCULO (máximo: 5 pontos)

Opção 1: Pedir para subtrair 7 sucessivamente a partir de 100. (Exemplo: $100 - 7 = 93$, $93 - 7 = 86...$)

Pedir cinco subtrações sucessivas. Cada acerto = 1 ponto.

OU

Opção 2: Soletrar a palavra “MUNDO” ao contrário (“O-D-N-U-M”).

Cada letra na ordem correta = 1 ponto.

(Escolher uma das duas opções, preferencialmente a primeira.)

4. EVOCAÇÃO (máximo: 3 pontos)

Após alguns minutos (depois de outras tarefas), pedir para o paciente repetir as três palavras apresentadas anteriormente (na seção 2).

Cada palavra lembrada = 1 ponto.

5. LINGUAGEM E PRAXIA (máximo: 9 pontos)

5.1. Nomear dois objetos apresentados ao paciente (ex: relógio e lápis) – 2 pontos

5.2. Repetir a frase: “Nem aqui, nem ali, nem lá.” – 1 ponto

5.3. Compreensão verbal – 3 comandos:

Dizer:

“Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão.”

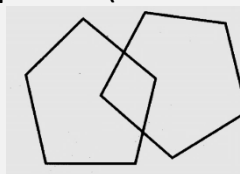
Cada comando executado corretamente = 1 ponto (total de 3 pontos)

5.4. Leitura – Mostrar papel com a frase “Feche os olhos”.

O paciente deve ler e obedecer. – 1 ponto

5.5. Escrita espontânea – Pedir para escrever uma frase completa com sentido. – 1 ponto

5.6. Copiar desenho – Mostrar dois pentágonos sobrepostos (como um desenho de estrela).



O paciente deve copiar. Deve manter 10 lados e intersecção. – 1 ponto

INTERPRETAÇÃO DA PONTUAÇÃO

Escolaridade	Ponto de corte sugerido
--------------	-------------------------

Analfabeto	≤ 19
------------	------

1 a 3 anos de estudo	≤ 23
----------------------	------

4 a 7 anos de estudo	≤ 24
----------------------	------

≥ 8 anos de estudo	≤ 26
--------------------	------

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Mais sensível para comprometimento cognitivo leve.

Avalia funções executivas, linguagem, abstração, atenção e memória.

Teste do Relógio

Avaliação simples e rápida de cognição visuoespacial e planejamento.

O paciente é orientado a desenhar um relógio de ponteiro colocando 11h e 10min acessado em 29.6.2025:[teste do relógio](#)

Confusion Assessment Method (CAM)

Ferramenta diagnóstica para delirium, utilizada especialmente em ambiente hospitalar.

Início agudo e evolução flutuante demonstrado por respostas positivas às seguintes perguntas:

"O estado mental do paciente mudou abruptamente a partir da linha de base?" "O comportamento anormal flutuou durante o dia (isto é, tendeu a aparecer e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade)?"

Desatenção demonstrada por uma resposta positiva à seguinte pergunta:

"O paciente teve dificuldade de focalizar a atenção (p. ex., era facilmente distraído ou teve dificuldade de acompanhar o que estava sendo dito)?"

Uma das seguintes características exigidas:

Pensamento desordenado a partir de uma resposta positiva à seguinte pergunta:

"O pensamento do paciente era desordenado ou incoerente (p. ex., evidenciado por incoerência ou conversa irrelevante, fluxo de ideias obscuro ou ilógico, ou mudança imprevisível entre um tema e outro)?"

Nível alterado de consciência demonstrado por qualquer resposta diferente de "alerta" à seguinte pergunta:

"No geral, como você classificaria o nível de consciência desse paciente?" Normal = alerta / Hiperalerta = vigilante / Sonolento, facilmente despertado = letárgico / Difícil de despertar = estupor / Não despertável = coma

O diagnóstico de delirium requer a presença das 2 primeiras características mais uma das 2 outras características.

3. Avaliação Emocional

Geriatric Depression Scale (GDS)

Versão de 15 ou 30 itens. Pontuação ≥ 6 na versão curta sugere depressão.

Utilizada para triagem de depressão em idosos.

Perguntas e pontuação (resposta entre parênteses = 1 ponto)

1. Está satisfeito com a sua vida? (Não)
2. Você deixou de fazer muitas atividades e interesses? (Sim)
3. Sente que a sua vida está vazia? (Sim)
4. Fica frequentemente entediado(a)? (Sim)
5. Está de bom humor na maior parte do tempo? (Não)
6. Tem receio de que algo ruim aconteça com você? (Sim)
7. Sente-se feliz na maior parte do tempo? (Não)
8. Sente-se frequentemente desamparado(a)? (Sim)
9. Prefere ficar em casa, ao invés de sair e fazer coisas novas? (Sim)

10. Sente que tem mais problemas de memória do que os outros? (Sim)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (Não)
12. Sente-se inútil da maneira que está agora? (Sim)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (Não)
14. Sente que sua situação é sem esperança? (Sim)
15. Acha que a maioria das pessoas está melhor que você? (Sim)

Pontuação Total: 0 a 15 pontos

0 – 4 Normal (sem depressão)

5 – 8 Indica depressão leve

9 – 11 Indica depressão moderada

12 – 15 Indica depressão grave

4. Avaliação Nutricional

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Ferramenta validada e amplamente usada. Inclui medidas antropométricas, ingestão alimentar, estado funcional e subjetivo.

Pode ser acessada em:

<https://www.geronlab.com.br/mna> acessado em 17,01.2026

MNA < 17: desnutrição; 17-23,5: risco; ≥ 24 : estado nutricional normal.

IMC (Índice de Massa Corporal) em idosos deve ser interpretado com cautela; valores ideais situam-se entre 24–29 kg/m².

Avaliação de sarcopenia: circunferência da panturrilha (<31 cm é preditor de desnutrição), força de prensão manual (dinamômetro): para mulheres <16kg e homens <27kg

5. Avaliação da Polifarmácia

Revisão crítica da prescrição médica, com foco em:

- Efeitos adversos
- Interações medicamentosas
- Fármacos potencialmente inapropriados (critérios de Beers e STOPP/START)

Desprescrição: processo racional e seguro para descontinuar medicamentos fúteis ou de risco.

6. Avaliação Social e Ambiental

Avalia a rede de suporte social, vínculos familiares, condições de moradia, acesso a cuidadores, vulnerabilidade econômica.

Escala de Filadélfia de Apoio Social: mensura suporte percebido.

Índice de vulnerabilidade social: usado para estratificar risco em territórios e orientar políticas públicas.

7. Avaliação da Fragilidade

Fragilidade é um estado de vulnerabilidade aumentada a estressores, associado a risco aumentado de quedas, hospitalizações e morte.

Fenótipo de Fried

Critérios: perda de peso não intencional, fadiga, lentidão, fraqueza e inatividade física.

≥3 critérios = frágil; 1-2 = pré-frágil.

Índice de Fragilidade de Rockwood







Soma déficits acumulados em domínios clínicos e funcionais.

Permite estratificar idosos de forma contínua.

Clinical Frailty Scale (CFS)

Escala de 1 (muito robusto) a 9 (terminal).

CLINICAL FRAILTY SCALE

	1	VERY FIT	People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2	FIT	People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g., seasonally.
	3	MANAGING WELL	People whose medical problems are well controlled, even if occasionally symptomatic, but often not regularly active beyond routine walking.
	4	LIVING WITH VERY MILD FRAILITY	Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	5	LIVING WITH MILD FRAILITY	People who often have more evident slowing, and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.
	6	LIVING WITH MODERATE FRAILITY	People who need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	7	LIVING WITH SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).
	8	LIVING WITH VERY SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	9	TERMINALLY ILL	Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise living with severe frailty. Many terminally ill people can still exercise until very close to death.

SCORING FRAILITY IN PEOPLE WITH DEMENTIA



The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself; repeating the same question/story and social withdrawal.

In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In severe dementia, they cannot do personal care without help.

In very severe dementia they are often bedfast. Many are virtually mute.

Clinical Frailty Scale
©2005-2020 Rockwood,
Version 2.0 (EN). All rights
reserved. For permission:
www.geriatrics@inresearch.ca
Rockwood K et al. A global
clinical measure of fitness
and frailty in elderly people.
CMAJ 2005;173:489-495.

Comunicação e Tomada de Decisão Compartilhada

A comunicação clara, empática e contínua é pilar dos CP. Muitos idosos desejam participar das decisões sobre seu cuidado, outros preferem delegar a familiares. É muito importante não subestimar a capacidade do idoso em perceber que está doente ou que esteja morrendo de forma natural e progressiva.

Ao conversar com o paciente geriátrico, é importante saber se ele possui capacidade auditiva, utilizar termos de compreensão leiga e não termos médicos, observar as manifestações não verbais, falar pausadamente e interagindo naturalmente.

Omitir de um paciente sua condição clínica, além de errado, pode fazer com que este fantasie algo pior do que realmente é. Colocá-lo nas decisões não só respeita sua autonomia como minimiza conflitos familiares nas tomadas de decisões, quando houver divergências de opiniões.

É essencial:

- Avaliar capacidade de decisão.
- Utilizar a estratégia SPIKES para más notícias.
- Promover planejamento antecipado de cuidados.
- Abordar diretivas antecipadas e testamento vital.
- Respeitar valores, cultura e espiritualidade do paciente.

Situações Especiais na Geriatria Paliativa

Demência avançada

- Considerada doença terminal.

- Cuidado voltado ao conforto.
- Evitar hospitalizações, sondas enterais e reanimação.
- Tratar infecções de forma proporcional.
(assunto mais detalhado no capítulo de Neurologia)

Síndrome da fragilidade

- Fragilidade extrema limita benefício de terapias invasivas.
- Cuidado centrado na prevenção de quedas, dor e preservação da autonomia possível.

Aspectos Éticos e Legais

A prática paliativa com idosos envolve temas sensíveis como a autonomia versus beneficência, limitação de suporte de vida, futilidade terapêutica, recusa de tratamento, consentimento informado e diretivas antecipadas de vontade, além do direito à morte digna.

Cuidados ao Luto

O luto antecipatório e pós-morte merece atenção especial em Geriatria, especialmente quando o paciente era figura central na família. A equipe deve reconhecer familiares em risco de luto complicado, oferecer escuta empática e encaminhar para apoio psicológico ou grupos de luto.

PEDIATRIA

Os CP em Pediatria constituem uma abordagem ativa e integral voltada para a melhora da qualidade de vida de crianças com doenças graves, progressivas ou potencialmente fatais e de suas famílias. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define cuidados paliativos pediátricos como a assistência ativa total ao corpo, à mente e ao espírito da criança, com suporte à família, iniciada no diagnóstico e continuada independentemente da realização de tratamentos curativos. Diferente da prática em adultos, os CP pediátricos envolvem particularidades clínicas, emocionais, comunicacionais e éticas que requerem uma equipe multidisciplinar qualificada e sensível às necessidades específicas do paciente pediátrico.

Epidemiologia e Indicações

As estimativas globais indicam que mais de 21 milhões de crianças no mundo necessitam de cuidados paliativos, e cerca de 8 milhões requerem serviços especializados anualmente. No Brasil, segundo dados do Censo da ANCP (Associação Nacional de Cuidados Paliativos), observa-se uma crescente demanda por serviços pediátricos, principalmente diante de condições complexas como:

- Malformações congênitas incompatíveis com a vida.
- Doenças neurológicas degenerativas (ex: leucodistrofias, paralisia cerebral grave).
- Cânceres em estágio avançado.

- Doenças metabólicas progressivas.
- Cardiopatias complexas sem possibilidade de correção cirúrgica.
- Doenças genéticas raras (como a síndrome de Tay-Sachs, trissomia 13/18).

A elegibilidade para cuidados paliativos não depende da expectativa de vida curta, mas sim da presença de sofrimento significativo e necessidades clínicas que superam o escopo da medicina curativa.

Classificação das Condições Elegíveis

A ACT (Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions) propõe uma classificação em quatro grupos, frequentemente usada como referência:

Grupo 1 – Doenças que ameaçam a vida, com possibilidade de cura, mas risco significativo de falha (ex: cânceres).

Grupo 2 – Doenças crônicas sem cura, mas com expectativa de vida prolongada e necessidade contínua de tratamento (ex: fibrose cística).

Grupo 3 – Doenças degenerativas progressivas, sem opções curativas, com cuidados centrados no conforto (ex: distrofia muscular de Duchenne).

Grupo 4 – Condições irreversíveis com risco de morte prematura associada a múltiplas comorbidades severas (ex: paralisia cerebral grave com epilepsia de difícil controle).

Princípios Fundamentais dos Cuidados Paliativos Pediátricos

- Cuidado centrado na criança e na família: A unidade de cuidado é a criança e sua família, respeitando suas crenças, valores, cultura e autonomia.
- Alívio do sofrimento em todas as suas dimensões: físico, emocional, social e espiritual.
- Comunicação honesta, sensível e adaptada ao desenvolvimento da criança.
- Tomada de decisão compartilhada e respeitosa com pais e responsáveis.
- Continuidade do cuidado em diferentes níveis de atenção (hospital, casa, ambulatório).
- Luto e apoio à família após a morte da criança.

Avaliação Multidimensional

Avaliação física

- Controle rigoroso de sintomas como dor, dispneia, fadiga, náusea, constipação.
- Utilização de escalas adaptadas à idade para mensuração da dor (FLACC, Faces, NIPS, etc.).
- Avaliação funcional (ex: Escala de Lansky para desempenho funcional infantil).
- Planejamento individualizado de uso de medicamentos, dispositivos (gastrostomia,

oxigenoterapia, ventilação), e intervenções invasivas, com base nos objetivos de cuidado.

Avaliação emocional

- Reconhecimento de sinais de sofrimento psicológico, ansiedade, medo da separação, depressão, regressão comportamental.
- Psicoterapia lúdica, arte-terapia, apoio psicossocial.
- Suporte aos cuidadores que, muitas vezes, sofrem de esgotamento e culpa.

Avaliação espiritual

- Exploração dos significados atribuídos à doença pela criança e pela família.
- Inclusão de apoio religioso ou espiritual, respeitando crenças e rituais.
- Acompanhamento por capelania hospitalar, quando disponível.

Avaliação social

- Impacto econômico da doença.
- Repercussões na dinâmica familiar e escolar.
- Necessidade de apoio institucional (assistência social, conselhos tutelares, ONGs).

Comunicação com Crianças e Famílias

A comunicação em Pediatria deve ser adaptada à idade e ao nível de desenvolvimento cognitivo e emocional da criança:

Crianças pequenas (até 6 anos): uso de brinquedos, histórias, analogias simples.

Crianças em idade escolar (6-12 anos): explicações mais estruturadas, participação em decisões simples.

Adolescentes: envolvimento pleno nas decisões, com respeito à confidencialidade e autonomia crescente.

Nos casos de finitude, é fundamental saber que muitas crianças percebem sua própria morte mesmo que não lhes seja explicitada, e precisam de um espaço seguro para expressar medos, dúvidas e desejos. Os pais devem ser apoiados a encontrar maneiras sensíveis e adequadas de conversar sobre o processo com seus filhos, com auxílio da equipe.

Manejo de Sintomas

Dor

Polietilogia: neuropática, somática, visceral.

Escalas: FLACC, Wong-Baker Faces, Numeric Scale.

Medicações: paracetamol, ibuprofeno, opioides (morfina, fentanil, metadona).

Vias: oral, retal, transdérmica, subcutânea.

Sedação paliativa em casos refratários, sempre com documentação clara e consentimento.

Dispneia

Oxigenoterapia, morfina em dose baixa, ventilação não invasiva.

Posicionamento e técnicas de relaxamento.

Aspiração apenas quando indicado, pois pode gerar desconforto.

Náuseas e vômitos

Antieméticos como ondansetrona, metoclopramida, haloperidol.

Ajuste de dieta e suporte nutricional.

Convulsões

Benzodiazepínicos (midazolam intranasal ou bucal), fenobarbital, levetiracetam.

Suporte contínuo para controle em domicílio, se possível.

Secreções respiratórias (síndrome da morte ruidosa)

Anticolinérgicos: escopolamina

Posicionamento lateral.

Reavaliação da necessidade de aspiração.

Decisões Éticas e Limites do Tratamento

Situações comuns:

Limitação de suporte avançado de vida (intubação, ressuscitação).

Decisão por cuidados exclusivamente de conforto.

Alimentação e hidratação artificial em fase terminal.

Reinternações evitáveis e sofrimento fútil.

Princípios norteadores:

Melhor interesse da criança.

Proporcionalidade entre benefícios e ônus do tratamento.
Evitar obstinação terapêutica.

Respeitar os valores da família e as diretivas antecipadas, se aplicável.

Cuidado no Domicílio

A assistência domiciliar pediátrica paliativa pode proporcionar conforto, segurança e dignidade, evitando deslocamentos desgastantes e hospitalizações desnecessárias.

Requisitos para cuidado em casa:

- Equipe treinada (enfermeiros, médicos, cuidadores).
- Plano de manejo de sintomas bem estruturado.
- Acesso a medicações, oxigênio, nutrição enteral.
- Telemonitoramento e visitas regulares.

Apoio ao Luto

A perda de uma criança é uma das experiências mais traumáticas que uma família pode vivenciar. O cuidado paliativo não termina com a morte: é essencial o apoio ao luto.

Contato ativo da equipe após a morte.

Encaminhamento para grupos de apoio ao luto.

Acompanhamento psicológico de pais, irmãos e avós.

Apoio a processos legais ou sociais decorrentes do óbito.

Nota de Daniel Marcolin: esse capítulo foi criado exclusivamente por IA. O objetivo desta obra não é para a atuação de CP ao público pediátrico, mas ao adulto e ao idoso. Assim sendo, sugiro estudo e leitura direcionada ao assunto de CP em Pediatria em literaturas específicas.

NEFROLOGIA

As doenças renais crônicas (DRC) representam um desafio crescente para os sistemas de saúde em todo o mundo. Estima-se que mais de 850 milhões de pessoas vivem com algum grau de disfunção renal, sendo a DRC uma das principais causas de morte global. A progressão da DRC, especialmente nos estágios avançados, está associada a grande carga sintomática, múltiplas comorbidades, deterioração funcional progressiva e piora significativa da qualidade de vida. Nesse contexto, os CP emergem como uma abordagem essencial, complementar à nefrologia tradicional, oferecendo suporte integral centrado no alívio do sofrimento e na dignidade do paciente.

Nas doenças renais, essa abordagem deve ser iniciada precocemente, especialmente em pacientes com DRC estágios 4 e 5, síndrome urêmica, pacientes idosos, frágeis, com múltiplas comorbidades, ou diante de decisões complexas como o início, manutenção ou suspensão da terapia renal substitutiva (TRS).

Os CP em doenças renais crônicas são uma ferramenta essencial para o manejo humanizado e ético desses pacientes, especialmente diante da falência progressiva dos sistemas orgânicos, sofrimento sintomático e desafios éticos na indicação de TRS. O cuidado centrado no paciente, com base em decisões compartilhadas, manejo multidimensional dos sintomas e apoio emocional ao paciente e sua rede de suporte, deve fazer parte da prática diária dos nefrologistas, clínicos e equipes de saúde em geral. A integração precoce e estruturada dos cuidados paliativos contribui significativamente para uma morte digna e para o alívio efetivo do sofrimento.

Indicações para Cuidados Paliativos na DRC

A integração dos CP pode ocorrer em paralelo à nefrologia curativa, mas há cenários específicos em que sua intensificação é mandatória:

- Estágio terminal da DRC sem indicação ou desejo de TRS.
- Pacientes em hemodiálise ou diálise peritoneal com piora funcional progressiva.
- Decisão de retirada da TRS por futilidade terapêutica ou desejo do paciente.
- Pacientes com contraindicação clínica absoluta para diálise.
- Presença de sintomas refratários ou sofrimento multidimensional não controlado.
- Pacientes em programa conservador não dialítico (PCND).

Avaliação Clínica e Abordagem Paliativa

A abordagem deve ser interdisciplinar, envolvendo nefrologia, cuidados paliativos, enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição, espiritualidade e, quando necessário, cuidados domiciliares.

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

Particularmente útil em pacientes idosos com DRC avançada, a AGA permite identificar fragilidade, risco de quedas, declínio cognitivo, depressão, polifarmácia e estado nutricional

comprometido. Esses fatores influenciam diretamente a tomada de decisão sobre a diálise ou o manejo conservador. Este tema está detalhado no capítulo voltado a Geriatria.

Avaliação Prognóstica

Ferramentas como o Surprise Question ("Eu me surpreenderia se este paciente morresse no próximo ano?"), o Índice de Charlson, e o Prognostic Index for Dialysis Patients (mScore) auxiliam na identificação precoce de pacientes que se beneficiariam mais de uma abordagem de conforto.

Comunicação e Tomada de Decisão Compartilhada

Deve ser baseada em princípios éticos de autonomia, beneficência e não maleficência. O plano de cuidado deve refletir os valores, objetivos e preferências do paciente e familiares, considerando as possibilidades clínicas e limitações terapêuticas. A decisão de não iniciar ou retirar a diálise deve ser compreendida como uma ação ética e clínica apropriada, desde que fundamentada em boa prática médica e comunicação efetiva.

Manejo de Sintomas em DRC Avançada ou em Cuidados Paliativos Renais

Pacientes com doença renal avançada, dialítica ou não, apresentam um perfil sintomático complexo. Muitos sintomas são exacerbados ou causados pela síndrome urêmica.

Dor

Muito comum, especialmente em pacientes com diabetes, neuropatia, osteodistrofia renal.

Analgésicos devem ser usados com cautela, devido à alteração no metabolismo e excreção:

Paracetamol é seguro em dose ajustada.

Opioides: Evitar morfina e codeína (acúmulo de metabólitos neurotóxicos). Preferir fentanil, metadona (com cuidado), ou buprenorfina transdérmica.

Adjuvantes: Gabapentina pode ser usada com ajuste.

Dispneia

Causada por sobrecarga hídrica, acidose, anemia, IC.

- Diuréticos em pacientes ainda com função residual.
- Oxigenoterapia quando hipoxêmicos.
- Morfina em microdoses para controle da sensação de falta de ar refratária.

Náuseas e Vômitos

Relacionados à uréia elevada, gastroparesia, medicamentos.

Antieméticos: Metoclopramida, haloperidol, ondansetrona, com ajuste posológico.

Avaliar distúrbios do trânsito gastrointestinal.

Prurido Urêmico

Muito comum, debilitante.

Anti-histamínicos geralmente ineficazes. Pode responder a gabapentina/pregabalina, antidepressivos tricíclicos (como doxepina), terapia fototerápica, ou em alguns casos, naltrexona.

Fadiga

Sintoma multidimensional.

Intervenções incluem suporte psicológico, reabilitação leve, correção de anemia, alívio da insônia, manejo da depressão.

Confusão mental e delirium

Avaliar causas reversíveis: infecção, disfunções eletrolíticas, medicações.

Haloperidol é o fármaco de escolha.

Evitar benzodiazepínicos, exceto em delirium terminal ou associado à agitação refratária.

Anemia

Comum e multifatorial.

Em contexto paliativo, pode ser manejada com eritropoetina em doses reduzidas, desde que expectativa de vida seja superior a algumas semanas.

Transfusão deve ser individualizada, levando em conta sintomas e sobrecarga volêmica.

Programa Conservador Não Dialítico (PCND)

Alternativa viável e ética à diálise, especialmente em pacientes muito idosos, frágeis ou com contra-indicações formais à TRS. O PCND visa:

- Controle rigoroso de sintomas.
- Suporte nutricional e hidratação adequada.
- Monitorização laboratorial limitada, apenas para controle clínico.
- Apoio familiar e planejamento de cuidados de fim de vida.
- Cuidados domiciliares e/ou paliativos especializados.

Estudos mostram que pacientes em PCND têm sobrevida semelhante àqueles em diálise quando apresentam idade >75 anos e múltiplas comorbidades, com melhor qualidade de vida e menos hospitalizações.

Retirada da Diálise

A suspensão da terapia dialítica pode ser considerada em:

- Recusa informada e reiterada do paciente.
- Condição clínica incompatível com continuidade da TRS (hipotensão refratária, anasarca, falência vascular).
- Sofrimento desproporcional.
- Comprometimento cognitivo grave e irreversível.

A abordagem deve ser compassiva e acompanhada de plano estruturado de cuidados para manejo de sintomas urêmicos, suporte familiar e preparação para o processo de morte.

Cuidados no Final da Vida e Sedação Paliativa

Na fase final da vida, a meta principal é o alívio total do sofrimento. A sedação paliativa pode ser indicada para sintomas refratários como dispneia, dor intratável, agitação terminal ou delirium.

Midazolam (0,5–5 mg/h em infusão contínua, com bolus de 1–5 mg).

Haloperidol para delírio.

Associar opioides (fentanil, metadona) se houver dor intensa.

A via subcutânea (hipodermóclise) é frequentemente utilizada, sobretudo em domicílio ou enfermaria, sendo segura e eficaz.

Apoio à Família e Equipe

A sobrecarga emocional dos familiares de pacientes em fase terminal de DRC é significativa. A equipe deve oferecer:

- Espaço para expressão de sentimentos.
- Explicações claras e contínuas.
- Apoio espiritual.
- Encaminhamento a psicólogos ou grupos de apoio quando necessário.

CARDIOLOGIA

As doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser a principal causa de morte no mundo, responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos anuais. Apesar dos avanços terapêuticos, um número crescente de pacientes sobrevive com insuficiência cardíaca (IC) avançada, doença coronariana crônica, valvopatias graves, arritmias complexas e cardiopatias congênitas incuráveis. Muitos desses pacientes apresentam sintomas refratários, múltiplas hospitalizações, deterioração funcional e sofrimento emocional significativos.

Nesse contexto, os CP não são uma alternativa ao tratamento cardiológico, mas sim uma abordagem complementar e integrada, voltada ao alívio do sofrimento em suas múltiplas dimensões e à promoção da qualidade de vida. Este texto aborda os principais aspectos clínicos, éticos, farmacológicos e organizacionais dos cuidados paliativos em doenças cardíacas, com base nas diretrizes da European Society of Cardiology (ESC) e American Heart Association (AHA).

Em Cardiologia, o modelo ideal é o modelo paliativo integrado, onde intervenções curativas e paliativas coexistem e se adaptam às fases da evolução da doença, incluindo a fase terminal e a morte digna.

Indicações e População-Alvo

Os CP devem ser considerados em pacientes com:

- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) avançada (NYHA III-IV), especialmente com fração de ejeção <

30%, hospitalizações repetidas, caquexia cardíaca e sintomas refratários.

- Cardiopatia isquêmica com angina refratária, não candidata à revascularização.
- Cardiopatias congênitas complexas incuráveis, especialmente em adultos jovens.
- Doenças valvares severas sem indicação cirúrgica ou com risco cirúrgico proibitivo.
- Arritmias refratárias ou não controláveis com CDI.
- Pacientes com implantes eletrônicos (CDI, marcapasso), diante de decisão de desativação.
- Pacientes com baixa expectativa de vida (< 1 ano), em qualquer cardiopatia avançada, especialmente se associada à fragilidade e múltiplas comorbidades.

Avaliação Prognóstica e Funcional

O prognóstico em cardiopatias avançadas é variável e incerto. Ferramentas úteis incluem:

Pergunta surpresa: “Eu me surpreenderia se este paciente morresse nos próximos 12 meses?”

Indicadores clínicos: hospitalizações múltiplas, síncope, declínio funcional rápido, refratariedade ao tratamento otimizado.

Escalas prognósticas:

- Seattle Heart Failure Model
- MAGGIC Risk Score

- Palliative Performance Scale (PPS)
- Karnofsky Performance Status, estes detalhados no capítulo de Avaliação em CP.

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é fundamental em pacientes idosos com IC, pois a presença de fragilidade, declínio cognitivo, depressão e polifarmácia agrava o prognóstico e modifica o plano terapêutico.

Controle de Sintomas na Cardiopatia Avançada

Dispneia

Sintoma predominante e muitas vezes limitante.

Causas: congestão pulmonar, derrame pleural, anemia, taquiarritmias.

Intervenções:

- Diuréticos de alça (furosemida) IV ou SC (hipodermóclise), em bolus ou contínuos.
 - Morfina (1–2 mg SC/IV), em microdoses, reduz a percepção de dispneia.
 - Oxigenoterapia apenas se houver hipoxemia documentada.
- Ventilação não invasiva em contexto de edema agudo de pulmão, como medida paliativa temporária.

Dor Torácica

Angina refratária é uma causa importante de sofrimento.

- Nitratos sublinguais, betabloqueadores e antagonistas de cálcio são opções de controle.
- Morfina pode ser usada para dor isquêmica refratária, com benefício sintomático.

- Bloqueio de nervos cardíacos (plexo cardíaco) é opção em centros especializados.

Fadiga e Astenia

Multifatorial: baixa perfusão, inflamação, depressão, caquexia.

Correção de causas reversíveis (anemia, distúrbios eletrolíticos) quando possível.

Apoio nutricional, exercício leve supervisionado, apoio psicológico.

Anorexia e Caquexia Cardíaca

Presente em até 20–40% dos pacientes com ICC avançada.

Suporte nutricional focado em prazer e conforto.

Corticoides (dexametasona 2–4 mg/dia) ou acetato de megesterol podem ser usados com cautela.

Ansiedade e Depressão

Muito prevalentes e frequentemente subdiagnosticadas.

- Benzodiazepínicos de curta duração (lorazepam, alprazolam) para crises de ansiedade.
- Antidepressivos ISRS (principalmente Sertralina) são seguros e eficazes. Mirtazapina também é um fármaco seguro em portadores de doença coronariana.
- Psicoterapia e suporte espiritual.

Edema Refratário

Causado por congestão venosa, hipoalbuminemia, disfunção hepática.

- Diuréticos em altas doses, preferencialmente IV ou SC.
- Punções evacuadoras em caso de ascite ou derrame pleural sintomático.

Discussão de Planos de Cuidados e Diretrizes Antecipadas

Tomada de decisão compartilhada deve ser o pilar do cuidado, respeitando os desejos do paciente e os limites éticos da medicina. Aspectos importantes incluem:

Explicitação do prognóstico de forma clara e empática.

Abordagem sobre desejos em relação ao final da vida (como local da morte, reanimação, suporte avançado).

Discussão sobre tratamentos invasivos, como implante de CDI, dispositivos de assistência ventricular (DAV), transplante.

Elaboração de um plano de cuidados antecipados (ACP – Advance Care Planning).

Cuidados Paliativos e Dispositivos Cardíacos

CDI (Cardiodesfibrilador implantável)

Pacientes com CDI em fase terminal podem sofrer choques elétricos dolorosos e inúteis.

É ética e legalmente aceitável desativar a função de desfibrilação, mediante consentimento do paciente ou representante legal.

A desativação deve ser registrada em prontuário e acompanhada por equipe multiprofissional.

DAV (Dispositivos de assistência ventricular)

A interrupção pode ser considerada em caso de falência multissistêmica, infecção refratária, ou desejo do paciente.

Deve ser conduzida por equipe especializada, com manejo rigoroso de sintomas e apoio familiar.

Fase Final da Vida e Sedação Paliativa

Critérios para sedação paliativa:

Sintomas refratários e insuportáveis: dor, dispneia, agitação terminal, delirium.

Consentimento informado.

Proporcionalidade, titulação adequada e revisão contínua.

Fármacos utilizados:

- Midazolam: 0,5–5 mg/h por infusão contínua com bolus de 2-5mg SC/IV.
- Morfina ou fentanil: para controle simultâneo da dor e dispneia.
- Haloperidol ou levomepromazina: para delirium ou agitação psicomotora.

A via subcutânea é segura, eficaz e preferida fora do ambiente hospitalar.

Apoio Familiar e Espiritualidade

As doenças cardíacas são marcadas por uma trajetória imprevisível, com agudizações súbitas e recuperação parcial. Isso gera incertezas e estresse nos cuidadores e familiares.

É fundamental:

- Garantir comunicação contínua e compassiva.
- Identificar necessidades espirituais e existenciais.
- Oferecer suporte emocional e práticas de cuidado culturalmente sensíveis.
- Promover luto saudável, inclusive com acompanhamento após o óbito.

PNEUMOLOGIA

Cuidados Paliativos em Pneumologia

Doenças respiratórias crônicas avançadas, como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), fibrose pulmonar idiopática (FPI), bronquiectasias graves, câncer de pulmão e hipertensão pulmonar avançada, apresentam um fardo sintomático elevado, limitações funcionais importantes e impacto psicossocial relevante. A integração precoce dos CP nesses contextos é essencial para melhorar a qualidade de vida, controlar sintomas e fornecer suporte emocional, espiritual e social aos pacientes e suas famílias.

É dever do pneumologista conversar e explicar com o paciente a evolução da doença crônica e organizar precocemente diretivas antecipadas de vontade frente a

Cuidados Paliativos, não somente na finitude da vida, mas durante o processo da doença.

Indicações para Cuidados Paliativos:

As principais indicações incluem:

Doenças respiratórias crônicas em estágio avançado com limitação funcional severa (mMRC \geq 3, escala BODE alta);

- Presença de dispneia refratária apesar de tratamento otimizado;
- Fadiga incapacitante, anorexia, perda de peso involuntária;
- Internações recorrentes por exacerbações ou falência respiratória;
- Hipoxemia ou hipercapnia crônica em uso domiciliar de oxigenoterapia contínua;
- Dependência de ventilação não invasiva ou invasiva em cuidados prolongados;
- Câncer de pulmão metastático ou localmente avançado irrissecável.

Controle de Sintomas

Dispneia (mais detalhado no capítulo específico)

Sintoma central. Estratégias incluem:

Farmacológicas:

- Opioides (morfina): dose baixa (2,5–5 mg VO a cada 4 horas ou solução oral diluída);

- Ansiolíticos (como lorazepam ou midazolam), com cautela;
- Broncodilatadores e corticoides: conforme etiologia;
- Oxigenoterapia: indicada se hipoxemia documentada ($SpO_2 < 88\%$);
- Ventilação não invasiva: pode aliviar dispneia em contexto de hipercapnia.

Não farmacológicas:

- Ventilador de ar, janela aberta;
- Fisioterapia respiratória e reabilitação pulmonar;
- Treinamento de respiração controlada e suporte psicológico.

Tosse

Pode ser seca, persistente, debilitante.

Antitussígenos: codeína, morfina, gabapentina ou lidocaína inalável.

Avaliação de causas reversíveis (gotejamento nasal, refluxo, broncoespasmo).

Fadiga e Fraqueza

Avaliar causas tratáveis: anemia, disfunção nutricional.

Suporte multidisciplinar com fisioterapia, nutrição e estratégias energéticas.

Ansiedade e Depressão

Muito comuns.

Psicoterapia, suporte espiritual, e uso criterioso de antidepressivos (ISRS) ou benzodiazepínicos de curta ação com monitoramento.

Hemoptise

Em câncer de pulmão ou bronquiectasias.

Tratamento paliativo: sedação proporcional, eventualmente embolização.

Em casos terminais, preconiza-se manejo sintomático e sedação paliativa se necessário.

Comunicação e Planejamento de Cuidados

Discussões sobre prognóstico, tratamento fútil, intubação, e não reanimação devem ser feitas precocemente.

Ferramentas como SPICT e NECPAL auxiliam na identificação de pacientes elegíveis para CP. (mais detalhado no capítulo específico de Avaliação)

Envolvimento da família e equipe multidisciplinar é essencial para planejamento de diretivas antecipadas.

Sedação Paliativa em Insuficiência Respiratória Refratária

Indicada em casos de dispneia refratária terminal.

Midazolam é o fármaco de escolha. Morfina pode auxiliar no sintoma de dispneia, porém não é a principal droga para sedação, mas pode ser associada, inclusive na própria solução. (ver capítulo específico de Sedação Paliativa)

Cuidados no Domicílio e Internações

Organização de cuidados domiciliares com oxigenoterapia, fisioterapia e suporte familiar.

Internações paliativas são necessárias em crises agudas, controle sintomático ou para fins de desospitalização humanizada.

GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

As doenças gastrointestinais e hepatológicas crônicas avançadas, quando atingem estágios terminais ou refratários ao tratamento modificador da doença, produzem múltiplas fontes de sofrimento físico, psíquico e social. Isso inclui dor abdominal, distensão, náuseas, vômitos, ascite, hemorragias digestivas, encefalopatia, icterícia, prurido, anorexia, sarcopenia e fadiga intensas. O modelo de CP oferece um cuidado centrado no paciente e na família, focando no alívio de sintomas, na comunicação efetiva e no suporte interdisciplinar, com base em evidências.

A integração precoce dos CP é recomendada sempre que houver:

- Diagnóstico de doença crônica avançada sem possibilidade de reversão;
- Critérios de terminalidade definidos (ex: Child-Pugh C irreversível, MELD elevado sem elegibilidade para transplante, Câncer hepático em estágio terminal);

- Presença de sintomas refratários;
- Necessidade de suporte intensivo domiciliar ou hospitalar;
- Declínio funcional progressivo;
- Reinternações frequentes e perda de autonomia.
- Exemplos de condições indicativas:
- Cirrose descompensada (ascite refratária, encefalopatia, varizes sangrantes);
- Câncer gastrointestinal metastático (pâncreas, estômago, esôfago, cólon);
- Hepatocarcinoma fora de critérios terapêuticos;
- Insuficiência hepática fulminante sem critério para transplante;
- Gastroparesia severa e obstruções intestinais malignas irreversíveis;
- Doenças inflamatórias intestinais com refratariedade terapêutica e complicações severas.

Abordagem Multidimensional dos Sintomas

Ascite e Distensão Abdominal

Causa grande desconforto respiratório e restrição funcional.

- Paracentese evacuadora é o tratamento de escolha em casos refratários.
- Deve-se considerar reposição com albumina (6–8 g/L retirado, acima de 5 L).

- Em pacientes em fase terminal, cateter de Tenckhoff ou drenagem contínua podem ser indicados.
- Restrição de sal e uso de espironolactona/furosemida enquanto houver resposta.

Encefalopatia Hepática

Associada a confusão, agitação, coma e sofrimento familiar.

Lactulose deve ser mantida, bem como rifaximina quando acessível.

Em pacientes terminais, a priorização do conforto e sedação leve (haloperidol, midazolam) pode ser necessária para agitação refratária.

Icterícia

Embora não seja causa direta de dor, pode ser estigmatizante, gerar prurido intenso e preocupação estética e simbólica com a morte iminente.

Prurido colestático pode ser tratado com:

- Colestiramina (4–16g/dia);
- Rifampicina (300–600 mg/dia);
- Naltrexona (25–50 mg/dia);
- Sertralina (50–100 mg/dia).

Banhos frios, loções emolientes e sedação leve podem ajudar no conforto.

Dor Abdominal

Presente em cânceres avançados, pancreatites crônicas e obstruções intestinais.

Deve-se ter cautela com uso de paracetamol, podendo ser utilizado dipirona e AINES.

Avaliação da dor deve considerar natureza visceral, somática ou neuropática.

- Opioides são fundamentais, porém todos sofrem metabolização hepática e necessitam cuidados principalmente em insuficiências hepáticas mais avançadas. Preferir buprenorfina, tapentadol, fentanil e metadona.
- Adjuvantes: amitriptilina, gabapentina, antidepressivos.

Cuidados com constipação induzida por opioides são mandatórios.

Náuseas e Vômitos

Multifatoriais: obstrução, gastroparesia, toxicidade hepática, fármacos.

Tratamento sintomático baseado em causa provável:

- Metoclopramida (em gastroparesia);
- Haloperidol (em toxicidade central);
- Ondansetrona (quimioterapia, radiação);
- Dexametasona (efeito antiedematoso e central);
- Escopolamina e octreotida (obstrução intestinal).

Hemorragia Digestiva

a) Hemorragia de Varizes

Associada à mortalidade elevada.

Em pacientes fora de transplante:

- Tratamento paliativo com betabloqueadores, ligadura profilática limitada;
- Transfusões restritivas (Hb >7 g/dL);
- Se sangramento ativo em fase terminal: cuidados de conforto e sedação proporcional.

Hemorragia Tumoral

Tumores gástricos ou esofágicos podem causar sangramento massivo.

Medidas:

- Correção mínima;
- Sedação proporcional;
- Fentanil ou morfina para dispneia;
- Midazolam para sedação paliativa em hemorragias catastróficas.

Fadiga e Declínio Funcional

Multicausal: inflamação, hipogonadismo, sarcopenia, anemia.

Foco em reabilitação leve (fisioterapia paliativa), cuidados com o sono e suporte psicossocial.

Psicoestimulantes como metilfenidato podem ser usados com cautela em casos selecionados.

Comunicação e Planejamento de Cuidados

Discussões devem ser iniciadas precocemente, com linguagem acessível e empática.

Temas obrigatórios:

- Inadmissibilidade de terapias fúteis;
- Decisões sobre nutrição artificial, transfusões, sedação;
- Consentimento informado e diretivas antecipadas de vontade sobre cuidados de fim de vida;
- Planejamento antecipado de diretivas (testamento vital, representação por procuração).

Ferramentas como SPICT, NECPAL ajudam a identificar pacientes elegíveis para cuidados paliativos. (detalhados no capítulo sobre Avaliação)

Sedação Paliativa

Indicada em sofrimento refratário persistente, como:

- Dor intratável;
- Agitação terminal;
- Dispneia refratária;
- Hemorragia maciça iminente;
- Encefalopatia grave com agitação.

Fármacos usados:

- Midazolam: 0,5 a 2 mg/h IV ou SC, com titulação progressiva;

- Propofol (em ambiente monitorado);
- Haloperidol (delirium);
- Sempre associar opioide para dor ou dispneia.

HEMATOLOGIA

As doenças hematológicas compreendem um amplo espectro de condições benignas e malignas, com cursos clínicos heterogêneos, frequentemente marcados por incertezas prognósticas, exacerbações agudas, tratamentos intensivos e alto impacto na qualidade de vida. Neoplasias hematológicas, como leucemias agudas e crônicas, linfomas e mieloma múltiplo, bem como doenças hematológicas não malignas (anemias graves, síndromes mielodisplásicas, hemoglobinopatias e falência medular), configuram cenários nos quais o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual é particularmente relevante.

Nesse contexto, a necessidade de CP em Hematologia é inequívoca. Diferentemente de uma visão ainda equivocada que associa cuidados paliativos apenas ao fim de vida, sua integração precoce ao cuidado hematológico permite melhor manejo de sintomas, comunicação mais qualificada, decisões terapêuticas proporcionais e maior suporte ao paciente, à família e à equipe assistencial, mesmo durante a prescrição de todo o tratamento modificador da doença visando a cura.

A Hematologia apresenta características próprias que reforçam a importância da abordagem paliativa:

- Curso clínico muitas vezes imprevisível, com alternância entre remissão, recaída e progressão

- Potencial curativo coexistindo com alto risco de toxicidade e mortalidade
- Tratamentos agressivos (quimioterapia intensiva, transplante de células-tronco hematopoéticas)
- Sintomas intensos e persistentes
- Longos períodos de hospitalização e isolamento
- Decisões complexas sobre escalonamento ou limitação de terapias

Esses fatores tornam a avaliação contínua dos objetivos de cuidado essencial.

Dentre os sintomas físicos mais frequentes incluem dor óssea e visceral, fadiga intensa, dispneia por anemia ou infecção, náuseas e vômitos, prurido, sangramentos, infecções recorrentes e toxicidades relacionadas ao tratamento.

Do ponto de vista emocional, sintomas como ansiedade, depressão, medo da recaída, sofrimento relacionado à incerteza e ao isolamento são altamente prevalentes. O conceito de “esperança flutuante” é comum, exigindo comunicação sensível e contínua.

Além destes, os pacientes hematológicos frequentemente enfrentam afastamento laboral prolongado, dependência financeira, mudanças familiares e isolamento social, especialmente durante períodos de imunossupressão.

A comunicação em Hematologia paliativa é desafiadora devido à coexistência de possibilidades curativas e risco elevado de falha terapêutica. Aspectos fundamentais incluem:

- Discussões precoces sobre objetivos de cuidado
- Atualização contínua do prognóstico
- Exploração de valores e limites aceitáveis de sofrimento

- Planejamento antecipado de cuidados
- Reuniões familiares estruturadas e documentação clara das decisões são essenciais.

Pacientes hematológicos frequentemente apresentam transição tardia para cuidados paliativos exclusivos, resultando em intervenções agressivas no fim de vida. Para evitar isto, deve-se ter um plano de atenção e cuidado precoce com diretivas antecipadas de vontade e comunicação adequada com paciente e com familiares, explicando sobre as possíveis evoluções, principalmente se não houver resposta terapêutica satisfatória e progressão da patologia. A abordagem paliativa adequada na finitude da vida permite controle efetivo de sintomas, redução de internações e UTI, morte em ambiente mais alinhado aos valores dos pacientes e melhor elaboração do luto familiar.

Cuidados paliativos e transplante de células-tronco hematopoéticas

O transplante representa um dos cenários de maior complexidade ética e clínica. Mesmo em intenção curativa, há elevado risco de mortalidade relacionada ao tratamento. Os cuidados paliativos contribuem para:

- Manejo de sintomas intensos
- Suporte emocional ao paciente e à família
- Discussões sobre limites terapêuticos em complicações graves
- Acompanhamento em casos de falha do transplante

A integração precoce reduz sofrimento e conflitos decisórios.

Decisões éticas e legais em Hematologia

Situações frequentes incluem:

- Futilidade terapêutica
- Limitação ou não escalonamento de suporte intensivo
- Transfusões em contexto paliativo
- Uso proporcional de antimicrobianos

O respeito à autonomia, à beneficência e à proporcionalidade deve nortear as decisões.

INFECTOLOGIA

Com o aumento da longevidade de pacientes imunocomprometidos, o surgimento de patógenos resistentes e a manutenção de doenças infecciosas negligenciadas em estágios avançados, os CP emergem como abordagem ética e técnica fundamental também na infectologia.

As doenças infecciosas avançadas representam um novo campo de atuação dos CP, com desafios próprios, como o risco de transmissibilidade e decisões sobre suspensão de antimicrobianos e terapêuticas adjuvantes. A atuação integrada entre infectologistas e paliativistas é essencial para garantir decisões clínicas apropriadas, respeito à autonomia e alívio do sofrimento.

Pacientes com infecções refratárias, falência terapêutica, sofrimento sintomático complexo e exclusão de tratamentos modificadores da doença se beneficiam da integração precoce e contínua dos cuidados paliativos. A interdisciplinaridade, o foco

na qualidade de vida e a tomada de decisões compartilhadas constituem os pilares desta abordagem.

A transição do cuidado curativo para o paliativo não deve ser vista como abandono, mas sim como mudança do objetivo: da cura para o conforto, do prolongamento da vida para a preservação da dignidade.

CP em Pessoas Vivendo com HIV/Aids Avançado

Apesar dos avanços do tratamento antirretroviral (TARV), ainda existem populações vulneráveis que progridem para estágios avançados da infecção por HIV, muitas vezes associadas a:

- Diagnóstico tardio;
- Abandono terapêutico;
- Falência virológica múltipla;
- Acesso limitado a serviços especializados;
- Co-infecções recorrentes e morbidades não controladas (como tuberculose e criptococose).

Indicações para Cuidados Paliativos

- Presença de infecções oportunistas refratárias;
- Encefalopatia por HIV avançada;
- Falência imunológica (CD4 < 50 e carga viral persistentemente elevada);
- Caquexia, demência associada ao HIV, dor crônica, delirium;

- Doenças oncológicas relacionadas ao HIV em estágio terminal (ex: linfoma, sarcoma de Kaposi disseminado);
- Coinfecção TB-HIV sem resposta terapêutica ou intolerância medicamentosa grave;

Para estas situações, CP deverão ser uma proposta terapêutica sensata para evitar distanásia e prolongamento de sofrimento. Conversar sobre CP com o paciente portador de HIV e colher diretivas antecipadas de vontade devem fazer parte do cuidado ao paciente, enquanto ele possui autonomia para decidir sobre sua finitude.

Controle de Sintomas

a) Dor Crônica

Causas: neuropatia periférica por HIV, lesões ulceradas, infecções fúngicas invasivas, neoplasias.

Opioides são eficazes, sendo morfina, tramadol e fentanil opções viáveis.

Antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes (amitriptilina, gabapentina) são úteis em dor neuropática.

b) Dispneia

Presente em pneumocistose, TB miliar, infecções fúngicas pulmonares.

Abordagem: oxigenoterapia, opioides (morfina) para dispneia refratária, ventilação não invasiva em fase aguda, sedação proporcional quando necessário.

c) Náuseas, Vômitos e Anorexia

Podem estar relacionados a medicamentos (efavirenz, lopinavir), encefalite, toxicidade hepática ou co-infecções.

Manejo com haloperidol, metoclopramida, ondansetrona, dependendo da etiologia.

d) Delirium e Encefalopatia

Encefalopatia pelo HIV ou infecções do SNC (toxoplasmose, meningite criptocócica).

Controle com haloperidol, antiepiléticos, sedativos leves.

Comunicação com a família deve enfatizar a irreversibilidade e focar no conforto.

e) Depressão, Isolamento Social e Estigma

Muito comuns em estágios avançados.

Abordagem integrada: psicologia, serviço social, espiritualidade, grupos de apoio.

Antidepressivos (ISRS), psicoterapia breve e, em alguns casos, benzodiazepínicos.

Infecções por Germes Multirresistentes (MDR/XDR)

MDR (multi-drug resistant): resistência a pelo menos uma droga em três classes diferentes de antimicrobianos.

XDR (extensively drug-resistant): resistência quase total a classes principais.

PDR (pan-drug resistant): resistência a todos os antimicrobianos testados.

Desafios na Fase Terminal

Infecções refratárias em pacientes imunocomprometidos, transplantados, com neoplasias ou em UTI prolongada.

Alta carga de sofrimento: febre persistente, dor, secreções fétidas, dispneia, delirium.

Antibióticos com efeitos colaterais severos, pouca eficácia e aumento de toxicidade (nefrotoxicidade, neurotoxicidade).

Abordagem Paliativa

Suspensão ética de antibióticos fúteis com base em princípios de beneficência e não maleficência.

Controle de sintomas:

- Antipiréticos para febre refratária;
- Opioides para dor e dispneia;
- Antissépticos tópicos para controle de odor (metronidazol tópico, permanganato de potássio);
- Sedação proporcional nos casos de sofrimento refratário.

Considerações Éticas

Evitar terapias fúteis em pacientes com falência múltipla de órgãos.

Equipe deve estar preparada para resistir à pressão de "fazer tudo".

Planejamento conjunto com infectologistas, clínicos, cirurgiões, paliativistas e intensivistas.

Outras Situações Relevantes em Infectologia Paliativa

Tuberculose Multirresistente (TB-MDR/XDR)

Alta toxicidade do tratamento (aminoglicosídeos, linezolida, bedaquilina);

Pacientes fragilizados com caquexia, insuficiência respiratória crônica, dispneia, dor pleurítica, hemoptise;

Abordagem paliativa visa:

- Suspensão do esquema tóxico em fase terminal;
- Controle de dispneia com morfina;
- Sedação para agitação, delírio e desconforto extremo.

Doenças Fúngicas Invasivas em Imunossuprimidos

Candidíase sistêmica, aspergilose pulmonar invasiva, mucormicose;

Alta mortalidade quando há comprometimento sistêmico;

Manejo: suspensão de antifúngicos quando irreversíveis, controle de dor, febre e dispneia.

Organização dos Cuidados e Trabalho em Equipe

Importância da equipe interdisciplinar:

- Infectologia: define terapias apropriadas e seus limites;
- Paliativistas: manejo de sintomas refratários e comunicação;
- Psicologia: apoio ao paciente e familiares;
- Serviço Social: articulação com rede de apoio;

- Fisioterapia: para auxiliar em secreções respiratórias;
- Enfermagem: no cuidado de feridas infectadas;
- Espiritualidade: acompanhamento do sofrimento existencial.

CINEMA, LITERATURA E ARTES EM CP:

Para complementar o estudo, fiz uma relação de obras literárias, filmes e quadros renomados que auxiliarão no aprendizado:

Livros recomendados:

1. Mortais:

Autor: Atul Gawande

Texto não-ficcional em que o cirurgião norte-americano discute como a medicina moderna lida com envelhecimento, fragilidade e morte. Gawande defende que o sistema de saúde deve priorizar o bem-estar e a qualidade de vida no fim, mais do que o prolongamento a qualquer custo, usando exemplos de cuidados paliativos, hospice e relatos pessoais.

2. A morte é um dia que vale a pena viver

Autor: Ana Cláudia Quintana Arantes

A autora, médica geriatra brasileira e referência em cuidados paliativos, propõe uma reflexão sobre a finitude como parte natural da vida. Enfatiza falar sobre a morte e o morrer de

forma aberta, para viver com mais significado e cuidar melhor de quem está em seus últimos dias.

3. O Último Sopro de Vida (2016)

Autor: Paul Kalanithi

Neurocirurgião jovem diagnosticado com câncer terminal reflete sobre a vida, a identidade profissional e o sentido da existência quando enfrenta sua própria morte. A obra combina ciência, filosofia e relatos íntimos de quem transita entre a cura e o fim.

4. Enquanto eu respirar (2019)

Autora: Ana Michelle Soares

Relato pessoal de uma jornalista em cuidados paliativos pós-diagnóstico de câncer incurável. Compartilha sua jornada de viver intensamente até o último suspiro, vulnerabilidade, humor e reflexão sobre o significado de viver sob a sombra da morte. ([Editora Sextante][4])

5. Sobre a Morte e o Morrer (1970)

Autora: E. Kubler-Ross

Esta obra fantástica descreve os 5 estágios do paciente que está fora de possibilidade terapêutica, com transcrição de entrevistas e diálogos com os mesmos.

Filmes:

1. Extremis (2016)

Diretor: Dan Krauss

Curto documentário que acompanha decisões de fim de vida em uma unidade de terapia intensiva nos EUA, focando em familiares, médicos e pacientes em situações de cuidados paliativos reais — com ênfase na comunicação, sofrimento e escolhas difíceis.

2. A Partida Final (2018)

Diretores: Rob Epstein & Jeffrey Friedman

Documentário que mostra pacientes terminais e seus cuidadores, desafiando estigmas de morte e demonstrando como modelos de cuidados paliativos podem transformar a experiência de morrer. ([Wikipédia][9])

3. Um Amor Verdadeiro (1998)

Diretor: Carl Franklin

Elenco: Meryl Streep, Renée Zellweger, William Hurt

Uma filha adia planos pessoais para cuidar da mãe com câncer terminal. O filme explora relações familiares, culpa, amor e transformação emocional através da experiência do cuidar.

4. Agora e Para Sempre (2012)

Diretor: Ol Parker

Elenco: Dakota Fanning, Jeremy Irvine, Paddy Considine

Adaptação do romance *Before I Die*. Mostra uma jovem que decide aproveitar ao máximo os momentos finais de

vida após diagnóstico de leucemia, abordando juventude, amor e despedidas com honestidade

5. As Invasões Bárbaras (2003)

Diretor: Denys Arcand

Elenco: Rémy Girard, Stéphane Rousseau

Professor com câncer terminal reúne família e amigos nos seus últimos dias, trazendo reflexões sobre afeto, reconciliação e o sentido das relações humanas frente à morte.

6. Amor (Amour, 2012)

Diretor: Michael Haneke

Elenco: Jean-Louis Trintignant, Emmanuelle Riva, Isabelle Huppert

Um casal de professores de música aposentados enfrenta o declínio físico e cognitivo de Anne após um AVC que a deixa parcialmente paralisada. Georges assume sozinho os cuidados da esposa, enfrentando exaustão, amor incondicional e decisões difíceis. O filme retrata com profundidade o envelhecimento, a dignidade no fim da vida e o peso emocional do cuidado. Venceu a Palma de Ouro e o Oscar de Melhor Filme Estrangeiro.

7. Love Story – Uma História de Amor (1970)

Diretor: Arthur Hiller

Elenco: Ali MacGraw, Ryan O’Neal

Um romance entre um jovem rico e uma estudante de origem humilde enfrenta a desaprovação familiar e, mais tarde, uma tragédia: Jennifer é diagnosticada com uma doença

terminal. O filme se tornou um marco do melodrama romântico, famoso pela frase “Amar é nunca ter de pedir perdão”. Foi um enorme sucesso de bilheteria e recebeu várias indicações ao Oscar.

8. Uma Lição de Vida (Wit, 2001)

Diretor: Mike Nichols

Elenco: Emma Thompson, Christopher Lloyd, Audra McDonald

Telefilme da HBO sobre uma professora universitária de literatura que enfrenta um câncer de ovário em estágio avançado. Rígida e intelectualizada, Vivian passa por tratamentos agressivos enquanto revisita sua vida, suas relações e o sentido da compaixão. A obra é profundamente humana e reflexiva, destacando a importância do cuidado sensível no fim da vida

Nota de Daniel Marcolin: dentre todos de ficção, este é o que retrata de forma mais impactante o sofrimento do paciente fora de possibilidades terapêuticas, o cuidado desumano da Medicina e que é uma aula para que todo acadêmico e médico assista para refletir sobre suas ações na Medicina e na Relação médico Paciente, gerando uma profunda reflexão sobre a necessidade de humanizar cada vez mais a Medicina.

Obras de Arte:

Ciência e Caridade (1897) — Pablo Picasso

Técnica: Óleo sobre tela

Dimensões: 197 × 249 cm

Localização: Museu Picasso, Barcelona

A pintura mostra uma mulher gravemente enferma deitada em uma cama simples.

Ao lado dela estão duas figuras centrais:

A Ciência: representada pelo médico, sentado, segurando o pulso da paciente enquanto olha seu relógio de bolso — símbolo da prática clínica, do método e da racionalidade.

A Caridade: representada por uma freira, que oferece um copo à doente enquanto segura uma criança (provavelmente filha da paciente), simbolizando acolhimento, cuidado e espiritualidade.

O ambiente é humilde, com poucos móveis, reforçando o caráter social da cena.

Picasso tinha apenas 16 anos quando pintou a obra, sob orientação de seu pai, José Ruiz, que inclusive serviu de modelo para o médico.

A obra sugere que o cuidado completo ao paciente une ciência e compaixão, algo muito discutido até hoje na ética médica.

The Doctor

Ano: 1891

Técnica: Óleo sobre tela

Dimensões: 166 × 244 cm

Localização: Tate Britain, Londres

A pintura mostra um médico sentado ao lado de uma criança gravemente doente, observando-a atentamente durante a madrugada.

No fundo, quase na penumbra, os pais aparecem angustiados — a mãe chorando, o pai tentando consolá-la.

A luz da lamparina ilumina apenas o médico e a criança, destacando a atenção plena do médico, a fragilidade da criança, a esperança silenciosa da família. É uma cena doméstica simples, mas carregada de emoção.

A obra se tornou um símbolo da medicina humanizada, porque retrata presença, empatia, cuidado contínuo e dedicação além da técnica.

Em vez de mostrar instrumentos médicos, Fildes coloca o foco na relação entre médico e paciente.

Durante décadas, *The Doctor* foi usada em campanhas públicas, livros de ética médica e até em propagandas que exaltavam a figura do médico cuidador.

SUGESTÕES DE LEITURA:

AAHPM. Telehealth in Palliative Care: Position Statement. 2020.

ALVES, L. S.; et al. Diretrizes de cuidados paliativos: aspectos éticos e legais no Brasil. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 45–56, 2020.

AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (ASCO). Choosing Wisely Recommendations.

ANDREWS, B.; RUSSELL, A. Assessing fatigue in palliative care: a systematic review. *Palliative Medicine*, London, v. 32, n. 9, p. 1451–1463, 2018.

ANSELL, J.; LARSEN, E. Euthanasia and sedation in end-of-life care: ethical implications. *Journal of Medical Ethics*, Oxford, v. 44, n. 12, p. 801–806, 2019.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Cartilha: Cuidados Paliativos e Fragilidade. São Paulo: ANCP, 2023.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Compartilhando experiências do ensino em Cuidados Paliativos na Medicina. E-book. São Paulo: ANCP, 2023.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Posicionamento sobre tomada de decisão compartilhada em Cuidados Paliativos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 1–5, 2022.

BAILE, W. F.; BUCKMAN, R.; LENZI, R.; GLOBER, G.; BEALE, E. A.; KUDELKA, A. P. SPIKES: a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, Rochester, v. 5, n. 4, p. 302–311, 2000.

- BAKITAS MA, TOSTESON TD, Li Z, et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2015;33(13):1438-1445
- BALAK, B.; et al. Palliative care in HIV/AIDS in low-resource settings. *AIDS Care*, v.31, n. 7, p. 915–924, 2019.
- BARBOSA, F. C.; et al. Sedação paliativa e critérios éticos: revisão integrativa. *revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 39, n. 4, p. 398–408, 2020.
- BARRETO, M. C.; et al. Higiene oral e xerostomia em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Odontologia*, Curitiba, v. 77, p. 112–119, 2021.
- BOURAS, C.; TANGALOS, E. G. Management of constipation in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, New York, v. 59, n. 2, p. 348–356, 2015.
- BRADSHAW, A.; et al. Communication in palliative care: a systematic review. *Palliative Medicine*, London, v. 32, n. 7, p. 1188–1200, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the Time of Coronavirus. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(1):e12-e14.
- CARVALHO, S. P.; et al. Avaliação clínica em CP: escalas e "pergunta surpresa". *Revista da ABP*, Brasília, v. 35, n. 1, p. 10–18, 2021.
- CECCARELLI, F.; et al. Constipation management in chronic opioid users: guidelines. *BMC Palliative Care*, London, v. 18, p. 31, 2019.
- CHAGAS, B. L.; et al. Controle de prurido em hepatopatias avançadas. *Annals of Hepatology*, v. 20, n. 6, p. 654–661, 2021.
- CLARK, D.; WRIGHT, M. Hospice and palliative care: global history and emerging paradigms. *International Journal of Palliative Nursing*, v. 22, n. 2, p. 77–83, 2016.
- COELHO, J. C.; et al. Extubação paliativa em UTI: protocolo brasileiro. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 32, n. 3, p. 333–340, 2020.

- COELHO, M. A.; et al. Desospitalização e qualidade de vida em cuidados paliativos. *CS – Cienc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1255–1264, 2022.
- COELHO, M. R.; et al. Hemorragias catastróficas em cuidados paliativos: revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, p. e3321, 2020.
- DAS, S.; et al. Management of anemic patients in palliative care. *Supportive Care in Cancer*, v. 28, n. 1, p. 115–124, 2020.
- DIAS, C. S.; et al. Declaração de óbito: procedimentos e desafios legais. *Revista Brasileira de Medicina Legal*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 19–26, 2019.
- DUARTE, A. F.; et al. Hipersecreção respiratória em pacientes terminais: abordagem eficaz. *Palliative Care Today*, Porto, v. 7, n. 1, p. 23–31, 2019.
- DUARTE, R. S.; et al. Sedação paliativa: revisão de práticas éticas. *Journal of Medical Ethics*, Oxford, v. 46, n. 3, p. 157–164, 2020.
- ELLIS, C.; et al. Comunicação humanizada em CP: diretrizes internacionais. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 41, n. 4, p. 883–889, 2019.
- European Association for Palliative Care. Digital health and palliative care: EAPC White Paper. 2022.
- FERREIRA, D. S.; et al. Insônia em pacientes em CP: prevalência e manejo. *Sleep Medicine Reviews*, v. 49, p. 101–112, 2020.
- FERREIRA, M. M.; SOUZA, E. S. Avaliação clínica em CP: escalas e "pergunta surpresa". *Revista da ABP*, Brasília, v. 35, n. 1, p. 10–18, 2021.
- FISCHER, S. B.; et al. Fundamental principles of palliative care: a multidisciplinary approach. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 8, n. 4, p. 384–392, 2018.
- FREITAS, E. V.; PY, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.
- GALVÃO, P. T.; et al. Nutrição e hidratação em pacientes terminais: revisão brasileira. *Revista Científica de Nutrição Alimentação*, v. 8, n. 3, p. 210–219, 2019.

- GARCIA, J.; et al. Hipersecreção respiratória em pacientes terminais: manejo e suporte. *Palliative Care Today*, Porto, v. 7, n. 1, p. 23–31, 2019.
- GOMES, B.; et al. Place of death and end-of-life transitions across countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 31, n. 2, p. 147–155, 2016.
- GORDON, D. B.; et al. Cancer pain relief: WHO guidelines 2018 update. *Annals of Oncology*, v. 29, suppl_4, p. iv143–iv144, 2018.
- HAYTER, C.; et al. Sól-ução em pacientes crônicos: relato de casos e recomendações. *Journal of Palliat Med*, v. 23, n. 4, p. 509–514, 2020.
- HERNANDES, R. M.; et al. Sedação paliativa proporcional: parâmetros clínicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 65, n. 7, p. 930–938, 2019.
- Holmes HM, Sachs GA, Shega JW, Hougham GW, Cox Hayley D, Dale W. Integrating Palliative Medicine into the Care of Persons With Advanced Dementia: Identifying Appropriate Medication Use. *J Am Geriatr Soc*. 2008.
- HONG, H.; et al. Pruritus management in palliative care: a systematic review. *Palliative Medicine*, v. 33, n. 9, p. 1058–1073, 2019.
- HUANG, X.; et al. Management of nausea and vomiting in palliative care. *Supportive Care in Cancer*, v. 27, n. 3, p. 971–978, 2019.
- HUI D, Nooruddin Z, Didwaniya N, et al. Concepts and definitions for "active" and "supportive" cancer therapies in the literature. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013;22(4):445-452.
- HURRIA A, TOGAWA K, MOHILE SG, et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol*. 2011 Sep 1;29(25):3457-65.
- IBANEZ, J.; et al. Palliative care in chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Diseases*, v. 76, n. 2, p. 299–308, 2019.
- INTERNATIONAL HOSPICE PALLIATIVE CARE ORGANIZATIONS. Global atlas of palliative care at the end of life. WHO, Geneva, 2020.

JACKSON, D.; et al. Communication of prognosis in palliative care. *Cancer*, v. 125, n. 12, p. 2022–2029, 2019.

JACOBSEN, J.; et al. Malignant hypercalcemia in terminal cancer: treatment algorithms. *Journal of Oncology Practice*, v. 16, n. 5, p. 266–273, 2020.

JARDIM, D. O.; et al. Xerostomia em pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Revista da SOBRASA*, v. 12, p. 45–52, 2019.

JOHNSON, M. J.; et al. Assessment of breathlessness in terminal illness: psychometric evaluation of scales. *Clinical Respiratory Journal*, v. 13, n. 6, p. 445–455, 2019.

KOWAL, J.; et al. Delirium in palliative care: risk factors and management. *Journal of Palliative Medicine*, v. 23, n. 10, p. 1396–1404, 2020.

KUMAR, M. Management of gastrointestinal symptoms in palliative care. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, Londres, v. 13, 2020.

KUTNER JS, Blatchford PJ, Taylor DH Jr, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness. *JAMA Intern Med*. 2015;175(5):691-700.

LARSSON, G.; et al. Patient dignity at end of life: qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 9, n. 2, p. 107–115, 2019.

LEITE, E. N.; et al. Comunicação ética em CP: diretrizes brasileiras. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 18, n. 1, p. 77–86, 2020.

LICUP, N.; BAUMRUCKER, S. J. Opioids and constipation therapy in the last week of life: estudo observacional. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, Cleveland, v. 40, n. 2, p. 150–157, 2023.

LIU, M.; WITTBRODT, E. Oral naloxone reverses opioid-induced constipation. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 23, n. 1, p. 48–53, 2002.

MACEDO, V. L.; et al. Nutrição panorâmica em cuidados paliativos. *Revista de Nutrição*, v. 33, suppl. 1, p. 15s–26s, 2020.

- MARQUES, T. R.; et al. Hipodermóclise em cuidados paliativos: protocolo de uso. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 45, p. 1–8, 2019.
- MARTINS, F.; et al. Anemia em pacientes paliativos: revisão de manejo. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 42, n. 4, p. 264–272, 2020.
- MEHTA, V.; et al. Effects of fixed-dose opioid agonist/antagonist. *Pain Physician*, v. 17, n. 5, p. 415–424, 2014.
- MENEZES, M. N.; et al. Fases de Kübler-Ross em pacientes terminais. *Temas em Psicologia*, v. 28, n. 2, p. 129–141, 2020.
- MEYER, D.; et al. Opioid use in palliative sedation: best practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 60, n. 1, p. 44–52, 2020.
- NEEFJES, E. C. W.; et al. Observational study: opioid-induced constipation. *BMC Palliative Care*, v. 18, p. 31, 2019.
- NEEFJES, E. C. W.; et al. Consensus recommendations for constipation management in cuidados paliativos. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 44, n. 5, p. 655–662, 2012.
- NICHOLSON, C.; et al. Skin care protocols to prevent pressure ulcers: an RCT. *International Journal of Nursing Studies*, v. 68, p. 1–9, 2017.
- NUNES, L. A.; et al. SINAIS E SINTOMAS NOS ÚLTIMOS DIAS DE VIDA: estudo de coorte. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 48, n. 2, p. 43–56, 2021.
- OLIVEIRA, A. P.; et al. Local de morte do paciente terminal: tendências no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, p. 30, 2018.
- OLIVEIRA, E. C.; et al. Cuidados paliativos em cardiopatas: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 32, n. 3, p. 256–264, 2020.
- PACHECO, L. M.; et al. Cuidados paliativos em nefropatas crônicos: diretrizes SBP. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 43, n. 1, p. 45–54, 2021
- PALLIATIVE CARE WALES. Core standards for serious illness care in Wales. Cardiff, 2021.

- PEREIRA, F.; et al. Dor em cuidados paliativos: opioides e não opioides. *Revista de Medicina Paliativa, Curitiba*, v. 9, n. 1, p. 50–60, 2018.
- PEREIRA, M. A.; et al. Hipercalcemia maligna no final da vida: abordagem prática. *Journal of Oncology Practice*, v. 15, n. 9, p. e751–e760, 2019.
- PINHEIRO, A. B.; et al. Extubação paliativa: análise multicêntrica brasileira. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 33, n. 2, p. 210–218, 2021.
- PRICE, T. L.; et al. Palliative sedation in terminal illness: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 51, n. 4, p. 690–702, 2016.
- PRIGERSON HG, Bao Y, Shah MA, et al. Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life. *JAMA Oncol.* 2015;1(6):778–784.
- RADBRUCH, L.; PAYNE, S. White paper on hospice and palliative care standards. *European Journal of Palliative Care*, v. 17, n. 2, p. 50–54, 2010.
- RAMOS, L. M.; et al. Declaração de óbito: preenchimento e trâmites legais. *Revista Brasileira de Medicina Legal*, v. 7, n. 2, p. 112–120, 2021.
- RASMUSSEN, B. H.; et al. The dignity model in palliative care: operational framework. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 11, n. 1, p. 7–13, 2021.
- REEVE E, Gnjjidic D, Long J, Hilmer SN. A systematic review of the emerging definition of ‘deprescribing’ with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol.* 2015.
- REIS, D. C.; et al. Prurido em cuidados paliativos: revisão sistemática. *Palliative Medicine Reports*, v. 2, n. 1, p. 22–31, 2021.
- RICHTER, J.; et al. Sinais e sintomas nos últimos dias: checklist validating study. *Palliative Medicine*, v. 36, n. 5, p. 856–864, 2022.
- ROCHA, F. C.; et al. Nutrição e hidratação: dilemas éticos em CP. *Revista Bioética*, v. 3, n. 1, p. 100–110, 2022.
- RODRIGUEZ, M. A.; et al. Xerostomia em pacientes com câncer metastático: intervenção paliativa. *Supportive Care in Cancer*, v. 28, n. 7, p. 3055–3063, 2020.

- ROUSSET, P.; et al. Autonomia e comunicação vital: dilemas no fim da vida. *Journal of Medical Ethics*, v. 45, n. 6, p. 423–429, 2019.
- SCHUBERTH, L.; et al. Comunicação humanizada e ética no CP pediátrico. *Pediatric Clinics of North America*, v. 66, n. 3, p. 587–600, 2019.
- SCHWAB, R. H.; et al. Prurido em cuidados paliativos: abordagem farmacológica. *Journal of Palliative Care*, v. 35, n. 4, p. 200–209, 2021.
- SCOTT IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing. *JAMA Intern Med.* 2015;175(5):827–834
- SILVA, C. B.; et al. Local de morte do paciente terminal: comparativo EUA/Brasil. *Journal of Palliative Medicine*, v. 23, n. 11, p. 1570–1576, 2020.
- SILVA, J. L.; et al. Fases de Kübler-Ross em pacientes terminais: estudo longitudinal. *Temas em Psicologia*, v. 30, n. 4, p. 1571–1584, 2022.
- SILVA, T. A.; et al. Avaliação Geriátrica Ampla: instrumentos e aplicação na Atenção Primária. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 179–199, 2023.
- SIMÕES, A. C.; et al. Surtos respiratórios e hipersecreção (sorococa) em UTI paliativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, suppl. 2, e20190310, 2021.
- SMITH, T. J.; et al. National comprehensive cancer network: Palliative Care Version 1.2016. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, v. 14, n. 1, p. 82–113, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). Avaliação Geriátrica Ampla: diretrizes para a prática clínica. São Paulo: SBGG, 2019.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). Envelhecimento e Cuidados Paliativos: Recomendações para profissionais de saúde. São Paulo: SBGG, 2022.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). Projeto Diretrizes: Cuidados Paliativos na Geriatria. São Paulo: SBGG, 2019.

SOUZA, L. R.; et al. Imunização em cuidados paliativos: posição SBP, 2022. *Revista Brasileira de Imunizações*, v. 28, n. 2, p. 45–53, 2022.

STEIN, A.; et al. Delirium in advanced illness: prevention and management. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 56, n. 3, p. 360–371, 2018.

STEINDAL SA, Nes AAG, Godskesen TE, et al. Patients' experiences of telehealth in palliative home care: A scoping review. *Palliative Medicine*. 2021;35(6):975-985.

SYKES, N. P. Oral naloxone ability to correct opioid-related constipation. *Palliative Medicine*, v. 10, n. 2, p. 135–144, 1996.

TANIGUCHI, T.; et al. OIM: obstrução intestinal maligna paliativa. *Supportive Care in Cancer*, v. 29, n. 9, p. 5409–5416, 2021.

TEIXEIRA, L. C.; et al. Xerostomia: estudo pilot em cuidados paliativos brasileiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, suppl., p. 15–23, 2019.

TEIXEIRA, R. C.; et al. Sinais de imobilidade e trombose nas fases finais. *Journal of Palliative Medicine*, v. 24, n. 6, p. 870–877, 2021.

THOMAS, K.; et al. Place of care at end of life: systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 8, n. 3, p. 332–343, 2018.

TRINDADE, G. M.; et al. Hipersecreção respiratória: uso de escopolamina e atropina. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 34, n. 1, p. 52–60, 2022.

VARGAS, R.; et al. Fatigue em pacientes com LLA em cuidados paliativos pediátricos. *Supportive Care in Cancer*, v. 29, n. 6, p. 3385–3393, 2021.

VELÁZQUEZ RIVERA, I.; et al. Evidence on pharmacological management of constipation. *Journal of Opioid Management*, v. 15, n. 1, p. 69–76, 2019.

VELOSO, K. J.; et al. Xerostomia e saúde bucal: intervenção paliativa. *Brazilian Oral Research*, v. 34, e052, 2020.

VILLEGAS, C.; et al. Anemia no final da vida: transfusão e política global de necessidade. *Transfusion Medicine*, v. 30, n. 2, p. 102–110, 2020.

VISSER, A. T.; et al. Constipation management: updated ESMO guidelines. *Annals of Oncology*, v. 31, n. 10, p. 1269–1279, 2020.

WAGENAAR, R. C.; et al. Lubrificação bucal para xerostomia em pacientes paliativos. *Oral Diseases*, v. 27, n. 1, p. 147–155, 2021.

WAGNER, M.; et al. Communication frameworks in palliative care: SPIKES protocol. *Journal of Palliative Medicine*, v. 23, n. 5, p. 725–733, 2020.

WILLIAMS, A.; et al. Fatigue em pacientes terminais: diagnóstico e manejo. *Supportive Care in Cancer*, v. 28, n. 5, p. 2003–2012, 2020.

WILLIAMS, G.; et al. Skin care in end-of-life: preventing pressure ulcers. *International Journal of Palliative Nursing*, v. 24, n. 6, p. 276–284, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO definition of palliative care. Geneva, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. Geneva, 2018.

WORLD PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA). Palliative care: a global public health priority. London, 2019.

YUAN, C. S.; et al. Effects of subcutaneous methylalantrexone. *Journal of Pharmaceutical Experimental Therapeutics*, v. 300, n. 1, p. 118–124, 2002.

ZANINI, L.; et al. Saúde da pele em cuidados paliativos: prevenção de úlceras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 24, n. 1, p. 89–98, 2021.

ZIMMERMANN, M.; et al. Managing opioid bowel dysfunction in palliative care. *Journal of Opioid Management*, v. 4, n. 4, p. 220–227, 2008.

ZULUAGA, A.; et al. Sedação paliativa: guias latino-americanos. *Revista Colombiana de Cuidados Paliativos*, v. 12, n. 2, p. 40–49, 2020

MENSAGEM FINAL:

Foi muito prazeroso construir esta obra. Tenho certeza de que contribuirá muito para a condução do Cuidado Paliativo pelo médico, proporcionando um cuidado mais humanizado às pessoas que enfrentam a finitude da vida, assim como a seus familiares.

Há uma necessidade emergente de mudarmos o que se vê nos leitos de hospitais: sofrimento e desumanização, através de obstinação terapêutica e falta de aceitação da finitude. Precisamos encerrar o ciclo de frases como: “Meu pai sofreu tanto até morrer.”, substituindo-a por: “Meu pai morreu em paz, sem sofrer.”

Este livro é dedicado a todos os pacientes e seus familiares que receberam Cuidados Paliativos de minhas mãos, fruto de conhecimento e empatia com cada pessoa e seus entes queridos. Saber que pude ajudar de forma simples, porém científica, em evitar distanásia e promover uma finitude digna, é muito recompensador. Cada abraço, lágrima e gratidão recebidas acalentaram meu ser e deram cada vez mais a certeza do quanto a prática de Cuidados Paliativos deve ser implementada e falada, desde o início da formação médica. Poder ajudar os colegas médicos que fazem Cuidados Paliativos e os que precisam aprender mais, é recompensador e foi o grande motivador para a organização desta obra.

A primeira vez que vivenciei Cuidados Paliativos foi em 2003, no meu primeiro ano após minha graduação, quando trabalhava numa cidade pequena do interior do Rio Grande do Sul, chamada Barão de Cotegipe. Fui chamado para atender uma senhora de setenta e poucos anos que estava com câncer de mama no interior daquela cidade. Ao chegar com a equipe de saúde naquela humilde casa rodeada de árvores frutíferas, um longo campo onde aquela família semeava não apenas soja ou trigo, mas a sua história de vida, deparei-me com uma situação desafiadora: um filho que me pedia para ver se sua mãe estava partindo

Logo na chegada, ele me disse:

- Minha mãe está morrendo. Ela não está mais conversando há uns dias Já não acorda e não consigo mais tirar ela da cama, nem para dar comida. Gostaria de saber se ela está sofrendo.

Então entrei no quarto e ele me deixou sozinho com a paciente. O lugar parecia destes que se vê em filmes: paredes de madeira azul claro, uma cama simples mas muito limpa, com lençóis bem esticados, um pequeno armário com uma imagem da Nossa Senhora.

Havia uma cadeira para eu me sentar ao lado da cama.

A paciente estava deitada, de olhos fechados, já com uma respiração mais superficial, porém sem aparentar estar com falta de ar. Não acordava ao chamado nem aos estímulos. Estava com



a pressão baixa. Examinei-a, palpei seu abdome, mexi em seus membros... não havia nenhuma reação. Ajustei a posição de sua cabeça no travesseiro. Não esboçou nenhum sinal. Ela estava muito doente!!! De imediato, pensei em ter que levar ela ao hospital. O que poderia eu fazer por ela ali, naquela casa no interior de uma cidade pequena? Nada! E

quando eu ia já me preparando para propor isto, uma mosca, destas que tem muito no interior, pousou sobre a mão da paciente. Vi que a paciente não teve reação nenhuma. Espantei a mosca, que voou em direção ao lábio da paciente. A paciente fez uma discreta reação de incômodo. Consegui espantar novamente a mosca, que acabou voando pela janela. Pensei: “O que posso fazer aqui por ela, se a única coisa que fiz foi fazer com que esta mosca não gerasse um desconforto?” Preciso levar ao hospital.

Saí do quarto, fui falar com os filhos, que aflitos me esperavam na mesa da sala de jantar.

- E então doutor, como ela está?

- Ela está muito debilitada. Acredito que seria melhor levar ela para o hospital, talvez para uma UTI. Sua pressão está baixa.

- Hospital doutor? Por quê? Nós gostaríamos que ela morresse em casa.

- Mas não seria melhor levar ela para lá? *(eu só tinha experiência de ver gente morrendo no ambiente hospitalar, em UTIs, entubados com aparelhos de ventilação mecânica, após reanimações cardíacas sem sucesso, com noradrenalina em altas doses, sonda para nutrição, para micção, rodeada de aparelhos ruidosos).*

- Ela vai viver mais?

E esta pergunta foi como um balde de água fria, ou um grande choque de realidade.

Eu pausei. Olhei para os olhos do filho e respondi:

- Acredito que não.

- Então não quero. Nem eu nem meus irmãos. Eu chamei o sr aqui não para levar ela para o hospital e ficar rodeada de máquinas e remédios, mas para saber se ela estava sofrendo e se tem alguma coisa a mais que possamos fazer para ela até descansar em paz. Esta é a casa dela, onde viveu, casou e viveu conosco. Era o lugar que ela gostaria de estar quando morresse.

- E contou a história dela naquele lugar e de quem foi sua mãe

até aquele dia. Há algum remédio que precise ser feito aqui em casa para aliviar algum sofrimento? Será que ele sente fome?

Ao ouvir estes questionamentos, tão sábios daquele filho, eu aprendi o que até então ninguém tinha me ensinado: que se pode morrer em casa e que a morte não precisa ter sofrimento ou massagem cardíaca.

Eu respondi, humildemente:

- O senhor está certo. Ela merece estar aqui. Ela está deitada numa cama, confortável. Mexi nela, ela não teve dor. Está dormindo. Ela não está sofrendo. Está em paz.

- Então era isto que precisávamos saber.

Despedi-me da família juntamente com a enfermeira e voltamos à Unidade de Saúde. Eu intrigado com aquilo.

E me lembrei da mosquinha. Ao espantá-la de cima da paciente, eu estava fazendo algo de importante. Estava fazendo Cuidados Paliativos sem perceber. Estava dando um conforto naquele momento. Algo que eu gostaria que fizessem por mim se estivesse naquela situação. E nada mais. Nada de hospital, UTI, remédio endovenoso, reanimação cardíaca, ventilação mecânica.... tudo o que faria apenas agregar sofrimento a quem naquele momento estava partindo em sua casa... em sua cama... rodeada das pessoas que amava.

No outro dia, avisaram que a senhora tinha falecido. Para mim foi um impacto, como se tivesse feito algo de errado ter

deixado ela lá naquela casa, morrendo, sem fazer nada, apenas tendo espantado uma mosca! Era a primeira pessoa, desde minha formatura, que atendia e que morria após um atendimento, sem estar num hospital. Será que deveria ter insistido em ter levado para o hospital? Teria sido diferente? pensei na hora.

Alguns dias se passaram e, no meio da tarde, a enfermeira bateu a minha porta e disse: - Os familiares daquela senhora que faleceu estão aqui.

Meu coração acelerou: - Por quê? Devem estar bravos comigo pois ela morreu. *(a idéia que colocam a nós médicos de que a morte é um fracasso da medicina, o “perder” um paciente é algo vergonhoso, embora se pense: “perder” algo que não é nosso? De quem é a vida afinal do paciente? Do médico? Do paciente? De Deus?)*

Recebi eles com a mão trêmula. Eles se sentaram e o filho me estendeu um pequeno pote, onde dentro haviam algumas bolachas.

- Minha mãe adorava estas bolachas que ela ensinou minha esposa fazer. É simples, mas de coração. São muito saborosas para tomar com café com leite. Queremos agradecer tudo o que o senhor fez por nós naquele dia. Saber que ela morreu em paz, sem dor, foi um grande alívio. Ter ela conosco, no momento da partida, foi muito importante. Minha irmã estava segurando a mão dela quando ela descansou. - E me abraçou, depois os demais, com lágrimas nos olhos.

E finalmente eu entendi tudo. Aquela família, aquela paciente, aquele quarto com a imagem da Nossa Senhora e aquela mosquinha me ensinaram algo tão precioso e valioso que até então eu não tinha aprendido na faculdade. Não estava escrito em nenhum dos livros de mais de 1000 páginas, fossem elas em inglês ou português, poderiam ensinar. Aprendi que a vida e a morte andam de mãos dadas e que elas não precisam ser sofridas. E que sempre há algo para se fazer por alguém, nem que seja apenas deixar uma cabeça mais confortável num travesseiro ou espantar uma mosquinha impertinente. Que um olhar, uma escuta, um gesto e uma palavra confortam muito mais que medicamentos caros. Que Cuidado Paliativo é sim uma nobreza na Medicina e que só saberá de sua grandiosidade quem deixar de ver a finitude da vida como um fracasso mas sim como uma oportunidade de fazer o bem, seja nos hospitais ou nos domicílios.

E foi um divisor de águas na minha profissão.

Talvez eles nem se lembrem mais de mim, mas eu jamais vou me esquecer deles. Assim como do sabor daquelas bolachas. Serei eternamente grato por tudo que me ensinaram.

Espero que todos os alunos e profissionais que lerem estas páginas possam distribuir Cuidados Paliativos para muitos pacientes e se sintam muito recompensados pelo bem que estão fazendo, tanto para quem está recebendo, para quem está observando, mas principalmente, para o profissional que está

fazendo., que com conhecimento prestará não somente a Medicina, mas a caridade.

Daniel Marcolin, julho de 2025.