

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer José Alencar
Gomes da Silva (INCA)

Cuidados Paliativos: Vivências e Aplicações Práticas do Hospital do Câncer IV



DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Cuidados Paliativos: Vivências e Aplicações Práticas do Hospital do Câncer IV

Rio de Janeiro, RJ
INCA
2021

2021 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilha igual 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (<http://controlecancer.bvs.br/>) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

Tiragem: 85 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ
ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)
Hospital do Câncer IV
Rua Visconde de Santa Isabel, 274-A, Vila Isabel,
Rio de Janeiro – RJ
Cep 20560-120
Tel.: (21) 3207-3700
E-mail: hc4@inca.gov.br
www.inca.gov.br

Organizadores

Livia Costa de Oliveira
Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio

Equipe de Elaboração

No apêndice

Foto de capa

Carlos Leite (Serviço de Comunicação Social)

Imagem capa

Designed by pikisuperstar / Freepik

Edição

COORDENAÇÃO DE ENSINO
Serviço de Educação e Informação Técnico-científica
Área de Edição e Produção de Materiais Técnico-científicos
Rua Marquês de Pombal, 125, Centro, Rio de Janeiro – RJ
Cep 20230-240
Tel.: (21) 3207-5500

Edição

Edição e Produção Editorial

Christine Dieguez

Copidesque

Maria Helena Rossi Oliveira

Revisão

Rita Rangel de S. Machado

Capa, projeto gráfico e diagramação

Cecília Pachá

Normalização e catalogação

COORDENAÇÃO DE ENSINO
Serviço de Educação e Informação Técnico-científica
Núcleo do Sistema Integrado de Bibliotecas

Normalização bibliográfica e Ficha catalográfica

Juliana Moreira (CRB 7/7019)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

FICHA CATALOGRÁFICA

I59c	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cuidados paliativos : vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2021. 212 p. : il. color. ISBN 978-65-88517-28-4 (versão impressa) ISBN 978-65-88517-29-1 (versão eletrônica) 1. Cuidados Paliativo. 2. Neoplasias. 3. Institutos de Câncer. I. Título. CDD 616.994
------	---

Catalogação na fonte – Serviço de Educação e Informação Técnico-científica

Títulos para indexação

Em inglês: Palliative care: experiences and practical applications in Cancer Hospital IV

Em espanhol: Cuidados paliativos: experiencias y aplicaciones prácticas en el Cancer Hospital IV

PREFÁCIO

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão subordinado ao Ministério da Saúde, é a maior instituição pública de referência no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. No âmbito da prestação de serviços médico-assistenciais, conta com unidades hospitalares estabelecidas em diferentes locais da cidade do Rio de Janeiro.

O Hospital do Câncer IV (HC IV), que é uma dessas unidades, é a referência nacional em cuidados paliativos oncológicos. De acordo com a *World Health Organization* (2002)^a, esse tipo de cuidado é definido como uma abordagem que objetiva a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual. Portanto, o HC IV tem como missão “promover e prover cuidados paliativos oncológicos da mais alta qualidade, com habilidade técnica e humanitária”.

Considerando que o cuidado paliativo é uma necessidade de saúde pública que, em virtude de uma oferta ainda incipiente, é acessado por uma pequena parcela de indivíduos que dele necessitam, é sabido que há um grande contingente de pacientes que acabam por ter o seu sofrimento físico, psicológico e social negligenciado. Atualmente, ainda são poucos os serviços de cuidados paliativos no Brasil e a maioria deles ainda requer a implantação de modelos padronizados de atendimento que garantam a eficácia e a qualidade.

O INCA, assumindo o seu papel sobre a atenção oncológica no Brasil, não parou diante da pandemia da doença pelo coronavírus 2019 (covid-19). Dessa forma, o HC IV buscou, por meio do desenvolvimento deste manual, tendo como base o seu protagonismo na especialidade, instrumentalizar os serviços de saúde em âmbito nacional, contribuindo para a melhora da assistência e bem-estar da sociedade nesses aspectos.

^aWORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2nd. ed. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>. Acesso em 9 jun. 2021.

Cuidados Paliativos: Vivências e Aplicações Práticas do Hospital do Câncer IV é um manual elaborado a partir das experiências e rotinas dos profissionais de saúde que compõem a força de trabalho do HC IV, em torno dos principais sintomas e problemas vivenciados na prática clínica, com foco multiprofissional. Tem o propósito de ser uma ferramenta prática, objetiva e atualizada para auxiliar os profissionais de saúde atuantes em cuidados paliativos.

*Direção-geral do Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva (INCA)*

SUMÁRIO

Lista de ilustrações	7
Lista de siglas.....	9
CAPÍTULO 1	11
Cuidados paliativos no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA): uma trajetória marcada por pioneirismo e inovação	13
CAPÍTULO 2.....	23
Assistência domiciliar	25
CAPÍTULO 3	33
Ambulatório	35
CAPÍTULO 4	41
Internação hospitalar.....	43
CAPÍTULO 5	53
Serviço de pronto atendimento especializado	55
CAPÍTULO 6	63
Dor	65
CAPÍTULO 7	75
Fadiga	77
CAPÍTULO 8	81
Náuseas, vômitos e constipação intestinal.....	83
CAPÍTULO 9	91
Dispneia	93
CAPÍTULO 10.....	99
<i>Delirium</i>	101
CAPÍTULO 11	109
Cachexia do câncer	111
CAPÍTULO 12.....	117
Cuidados ao fim da vida	119
CAPÍTULO 13.....	125
Terapia de sedação paliativa	127

CAPÍTULO 14.....	133
Obstrução intestinal maligna	135
CAPÍTULO 15.....	143
Síndrome de compressão medular	145
CAPÍTULO 16.....	151
Sangramento.....	153
CAPÍTULO 17.....	159
Síndrome da veia cava superior	161
CAPÍTULO 18.....	167
Infecção	169
CAPÍTULO 19.....	175
Terapia subcutânea	177
ANEXOS.....	189
APÊNDICE	201

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 – Linha do tempo da criação do Hospital do Câncer IV	13
Figura 2 – Fluxograma de encaminhamento de pacientes para a assistência domiciliar	26
Figura 3 – Abrangência da assistência domiciliar por regiões e sub-regiões.....	27
Figura 4 – Critérios para admissão na internação hospitalar e desfechos analisados	44
Figura 5 – Desfechos de pacientes atendidos no serviço de pronto atendimento	60
Figura 6 – Escada analgésica proposta pela Organização Mundial da Saúde	66
Figura 7 – Modelo teórico de causalidade da fadiga	77
Figura 8 – Critérios e pontos de corte para a classificação dos estágios da caquexia do câncer	112
Figura 9 – Abordagem nutricional de acordo com os estágios da caquexia do câncer	114

Quadros

Quadro 1 – Equipe interdisciplinar da assistência domiciliar	26
Quadro 2 – Benefícios, potencialidades e limitações da assistência domiciliar do Hospital do Câncer IV	30
Quadro 3 – Benefícios, potencialidades e limitações para a ocorrência do óbito domiciliar	31
Quadro 4 – Atividades de rotina realizados na internação hospitalar	45
Quadro 5 – Pontos fortes e fracos encontrados na internação hospitalar	48
Quadro 6 – Atividades realizadas pela equipe interdisciplinar no serviço de pronto atendimento	58

Quadro 7 – Medicamentos analgésicos, opioides e adjuvantes para o controle da dor	67
Quadro 8 – Recursos terapêuticos fisioterápicos para manejo da dor	71
Quadro 9 – Escala de Bristol para determinação da consistência das fezes	84
Quadro 10 – Fármacos utilizados para tratamento de náuseas, vômitos e constipação	85
Quadro 11 – Opioides e benzodiazepínicos para dispneia e posologia	95
Quadro 12 – Intervenções fisioterápicas no manejo da dispneia	97
Quadro 13 – Fatores predisponentes e precipitantes do <i>delirium</i>	102
Quadro 14 – Medicamentos para controle de <i>delirium</i>	104
Quadro 15 – Alterações clínicas observadas nas últimas horas a dias de vida	119
Quadro 16 – Conduta medicamentosa nos cuidados ao fim da vida	121
Quadro 17 – Escala de <i>Richmond Agitation Sedation Scale – Palliative Version</i>	129
Quadro 18 – Abordagem farmacológica na obstrução intestinal maligna	137
Quadro 19 – Principais causas da síndrome da veia cava superior	161
Quadro 20 – Principais sinais e sintomas da síndrome da veia cava superior	162
Quadro 21 – Compatibilidade de medicamentos administrados por via subcutânea	180
Quadro 22 – Reconstituição e diluição de antibióticos administrados por via subcutânea	182
Quadro 23 – Diluição de fármacos administrados por via subcutânea	184

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

ASG-PPP – Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente

Covid-19 – *Coronavirus disease* 2019 (doença pelo coronavírus 2019)

EP – Epidural

Esas – *Edmonton Symptom Assessment System*

HC IV – Hospital do Câncer IV

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

KPS – *Karnofsky Performance Status*

OIM – Obstrução intestinal maligna

PPGO – Programas de Pós-graduação em Oncologia

RAS – Redes de atenção à saúde

RASS-PAL – *Richmond Agitation Sedation Scale-Palliative Version*

SCM – Síndrome de compressão medular

Sisplan – Sistema de Planejamento e Gestão do INCA

SNG – Sonda nasogástrica

SNO – Suplementação nutricional oral

SUS – Sistema Único de Saúde

SVCS – Síndrome da veia cava superior

TEV – Tromboembolismo venoso

TNE – Terapia nutricional enteral



CAPÍTULO 1

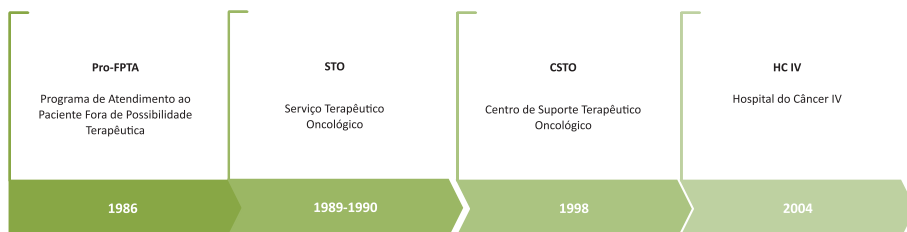


CUIDADOS PALIATIVOS NO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA): UMA TRAJETÓRIA MARCADA POR PIONEIRISMO E INOVAÇÃO

HISTÓRICO DO HOSPITAL DO CÂNCER IV

A assistência a pacientes em cuidados paliativos no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é desenvolvida há 35 anos, apresentando formatos diferenciados próprios de serviços de suporte que se aprimoraram ao longo do tempo, junto à Política Institucional e às Políticas de Atenção Oncológica do Ministério da Saúde (Figura 1).

Figura 1 – Linha do tempo da criação do Hospital do Câncer IV



Fonte: Elaboração INCA.

O primeiro modelo, datado de 1986, surgiu por meio do Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica existente no Hospital de Oncologia, atualmente conhecido como Hospital do Câncer II. Entre 1989 e 1990, foi criado o serviço assistencial direcionado aos pacientes com doença avançada e indicação de cuidados paliativos, denominado Serviço Terapêutico Oncológico, apoiado financeiramente pela entidade filantrópica chamada Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (Gesto)¹.

Em 1998, foi inaugurada, no INCA, uma unidade assistencial para atenção a pacientes com câncer avançado e incurável, ofertando-lhes o tratamento

paliativo. Sua estrutura física, planejada para valorizar conceitos inovadores à época, com espaços acolhedores para proporcionar aos pacientes e familiares muito além do que o cuidado físico, foi inspirada nas propostas existentes no Canadá, local onde, à época, os cuidados paliativos já eram estabelecidos. Deu-se origem, assim, ao primeiro Serviço de Cuidados Paliativos do Brasil, chamado de Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO), que se tornaria referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em Cuidados Paliativos Oncológicos. Em 2004, com a uniformização da nomenclatura das unidades assistenciais do INCA, passou a ser chamado de Hospital do Câncer IV (HC IV) e, em 2008, recebeu o selo de Acreditação Hospitalar¹.

ESTRUTURA DO HOSPITAL DO CÂNCER IV

Os pacientes matriculados no HC IV podem ser acompanhados em uma das seguintes modalidades (abordadas em profundidade nos próximos capítulos)^b:

- **Assistência domiciliar:** destinada a pacientes que possuam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade e que necessitam de maior frequência de cuidado e acompanhamento contínuo domiciliar.
- **Ambulatório:** voltado para assistência de pacientes cujo perfil funcional permita o seu comparecimento ao hospital, em um modelo de atendimento interdisciplinar. Contempla ainda a prestação de assistência como ambulatório a distância para pacientes com funcionalidade comprometida que residirem em locais não elegíveis para assistência domiciliar.
- **Internação hospitalar:** processo assistencial cujo objetivo é o controle agressivo de sintomas agudizados e angustiantes, de manejo domiciliar complexo, como o controle de sintomas, e que demanda por procedimentos cirúrgicos eletivos ou de urgência ou cuidados em fim de vida.

Além disso, o HC IV conta com o serviço de pronto atendimento Especializado, destinado à assistência presencial e telefônica de urgência para pacientes e familiares. Demais espaços dão suporte à prestação dos cuidados integrais dos pacientes, incluindo: espaço CuriosAção^c, Ginásio de Fisioterapia^d e Sala do Silêncio^e.

^bNo ano de 2019, foram assistidos mais 1.350 pacientes, com total de 12.191 consultas ambulatoriais, mais de 8 mil consultas domiciliares e 1.600 internações hospitalares.

^cAmbiente terapêutico e lúdico para promoção da autoestima e integração social de pacientes e familiares.

^dDestinado à assistência fisioterápica ao paciente, contribuindo para promoção da qualidade de vida.

^eEspaço acolhedor, onde é reproduzido o contato com a natureza pela estimulação visual (painel fotográfico) e sonora (som ambiente), para relaxamento e atenuação do sofrimento de pacientes, familiares e profissionais.

Os diferentes setores e serviços principais que complementam a estrutura do HC IV, são: Gerência de Risco, Núcleo de Segurança do Paciente, Núcleo de Apoio ao Ensino e Pesquisa, Educação Continuada de Enfermagem, Setor de Qualidade, Capelania Hospitalar e Farmácia. A Direção da unidade tem, em sua estrutura organizacional, a Divisão Técnico Assistencial, o Serviço Médico, a Divisão de Enfermagem e o Serviço de Administração.

Ressalta-se que são promovidos, periodicamente, pela unidade, a Jornada Anual de Cuidados Paliativos e reuniões de Indicadores, de Comissões de Óbito e de Prontuário, de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, entre outras. Além disso, a unidade é campo para o desenvolvimento de diferentes pesquisas científicas, dos estudos clínicos aos inseridos no âmbito das ciências sociais e humanas, agregadas no Núcleo de Estudos Integrados em Cuidados Paliativos e no Grupo de Pesquisa de Nutrição em Cuidados Paliativos (NutriPali). No campo assistencial, mais experiências exitosas podem ser enumeradas, tais como a integração com a Rede Básica de Saúde, Câmara Técnica de Cuidados Paliativos do Departamento de Gestão Hospitalar, Política Institucional de Cuidados Paliativos e a comemoração do Dia Mundial de Cuidados Paliativos como parte do cronograma anual do INCA.

O HC IV mantém-se como responsável pela capacitação profissional em Cuidados Paliativos Oncológicos por meio dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, Aperfeiçoamento nos moldes *Fellow*, Aperfeiçoamento em Pesquisa, Cursos de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão, atividades de atualizações científicas e visitas técnicas para profissionais de todo o território nacional.

Linhas de pesquisa (2019) e disciplina (2021) versando sobre os cuidados paliativos oncológicos foram recentemente inseridas no Programa de Pós-graduação em Oncologia (PPGO) do INCA por meio do credenciamento de profissional da unidade.

ESTRUTURAS GERENCIAIS DE QUALIDADE DO HOSPITAL DO CÂNCER IV

O Setor de Qualidade do HC IV tem como objetivo geral proporcionar a melhoria contínua da qualidade do cuidado e segurança do paciente. Seus objetivos específicos são: atender à missão da Instituição no âmbito da assistência, ensino e pesquisa; estabelecer estratégias para aumentar a performance dos serviços; estimular as ações de educação e qualificação profissional para as equipes e colaboradores; participar da implementação da Política de Humanização do Cuidado; gerenciar os indicadores para identificar as oportunidades de melhorias nos processos e serviços.

Destacam-se ações desencadeadas por esse setor, como: o mapeamento de processos para identificação de riscos e a sua minimização, a gestão de documentos normativos, as auditorias internas e a gestão de indicadores (Anexo 1). O rol de indicadores está relacionado aos processos assistenciais e inclui os de produção, desempenho e qualidade, sendo publicados mensalmente na página da Intranet do INCA; posteriormente, são analisados, apresentados e discutidos em reuniões trimestrais para os profissionais de cada processo; e semestrais, para todos os colaboradores da unidade. Nessas reuniões, são identificados os problemas e definidos planos de ação para melhoria dos processos, em que toda a equipe do HC IV é convidada a participar ativamente.

Nos cuidados paliativos, avaliar o impacto dos cuidados é muito mais complexo do que em outras áreas da saúde, pois o principal desfecho a ser alcançado é a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e suas famílias. No entanto, é importante estabelecer medidas padronizadas para avaliar a qualidade da assistência prestada e acompanhar as metas alinhadas ao plano estratégico institucional, uma vez que alguns desses indicadores fazem parte do que se denominam indicadores estratégicos e são pactuados junto ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Planejamento e Gestão (Sisplan) do INCA. Esse acompanhamento, além de permitir a fundamentação e identificação de possibilidades e necessidades de aperfeiçoamento nos processos assistenciais, pode fornecer dados de comparação com outros serviços e/ou instituições com o mesmo enfoque assistencial (*benchmarking*).

ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELO HOSPITAL DO CÂNCER IV PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Em 11 março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a situação de pandemia da doença pelo coronavírus 2019 (covid-19, do inglês, *coronavirus disease 2019*) e, conseqüentemente, todas as unidades do INCA foram impulsionadas a se reorganizarem para o seu enfrentamento. Nesse período, as informações sobre a enfermidade e recomendações publicadas por órgãos de vigilância sanitária restringiram-se aos relatos de experiências de instituições internacionais. Todavia, tornou-se evidente, na realidade nacional, que pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos apresentam uma sobrevida normalmente reduzida² e, em caso de infecção pelo novo coronavírus, experimentaríamos, provavelmente, uma redução ainda maior do tempo de sobrevida³.

Assim, com o avanço da pandemia, a inserção dos cuidados paliativos no sistema de saúde como um todo, para promoção da humanização da assistência e, em especial, do processo de morte⁴, tem sido essencial. Diante dessa nova realidade, a unidade de cuidados paliativos posicionou-se assertivamente, alinhando-se ao gabinete de crise do INCA, em prol da continuidade da assistência aos pacientes oncológicos acometidos ou não pelo novo coronavírus, cumprindo sua missão de promover a qualidade de vida, o controle de sintomas e a qualidade na finitude.

Desse modo, os serviços da unidade foram reestruturados com base em novos fluxos e rotinas assistenciais, visando a assegurar assistência com segurança tanto para os pacientes como para familiares, incluindo seus profissionais, em conformidade com as normas da vigilância sanitária⁵. Destaca-se que algumas medidas se relacionaram à restrição de circulação de pessoas na unidade, o que implicou a adaptação da cultura assistencial de integração das famílias aos cuidados do paciente e ocasionou modificações substanciais como: suspensão do suporte do voluntariado^f; restrição de visitas e presença de acompanhantes durante a internação hospitalar; interrupção dos projetos de humanização como a Pet Terapia^g e o Projeto Nosso Cuidado^h;

^f INCAvoluntário: responsável pelo planejamento e promoção das ações voluntárias no INCA, que buscam contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, por meio de atividades de inclusão social e resgate da cidadania, e de atividades educacionais, recreativas, culturais e de lazer.

^g Pet Terapia: visita guiada de animais aos pacientes internados no HC IV.

^h Projeto voluntário, iniciado em 2019, para a promoção da qualidade de vida no trabalho.

interrupção do atendimento no espaço CuriosAção; redução da circulação dos profissionais da Capelaniaⁱ; entre outros.

Importante frisar que, aliado à preocupação de manter um ambiente hospitalar seguro e, ainda sim, humanizado (o HC IV tinha a particularidade de ter em torno de 520 pacientes por mês em acompanhamento, sendo 170 na assistência domiciliar e 350 no ambulatório), em decorrência do cenário pandêmico, foi elaborado um Plano de Contingenciamento para enfrentamento da pandemia, contendo ampla descrição de estratégias de medidas de segurança com baixo impacto na assistência (considerando os indicadores assistenciais anteriores à pandemia).

Repensar estratégias com a incorporação de tecnologias de informação e comunicação para transformação do cotidiano das diferentes modalidades assistenciais foi essencial para assegurar o cuidado adequado aos nossos pacientes e familiares. O uso dessas tecnologias demonstrou ser fundamental para a realização de teleatendimento e permitiu a aproximação dos profissionais com pacientes e familiares, com o intuito de propiciar contínuo monitoramento de sintomas e otimização de prescrições, reduzindo o deslocamento dos pacientes para a unidade.

Na internação hospitalar, o uso de tecnologias de informação e comunicação foi uma estratégia adotada para execução das atividades do Time de Comunicação e Acolhimento^j, permitindo a participação efetiva das famílias, apesar de distantes fisicamente, nas decisões relacionadas à assistência aos pacientes em isolamento. Além disso, foram aceleradas as visitas virtuais por meio de chamadas via aplicativo de vídeo mediadas pela equipe, entre familiares e pacientes em isolamento, incluindo aqueles em fase de cuidados de fim de vida. A avaliação da incorporação das tecnologias de informação e comunicação na assistência evidenciou que o incremento da qualidade do atendimento deve ser mantido após a pandemia.

Concomitantemente à reestruturação de todos os serviços assistenciais, o HC IV buscou assumir o seu papel de protagonista do desenvolvimento dos cuidados paliativos oncológicos no país no contexto da pandemia. Foram publicados diversos artigos científicos, de autoria dos próprios profissionais assistenciais da unidade, contendo orientações para a manutenção do cuidado de qualidade para pacientes com câncer avançado acometidos pela covid-19⁶⁻⁹, objetivando o embasamento e o estímulo para a implementação de estratégias semelhantes na assistência a pacientes com a covid-19 em situações clínicas

ⁱCapelania: responsável pelo apoio espiritual sob demanda dos pacientes e familiares.

^jTime de Comunicação e Acolhimento: criado para garantir o contato diário entre equipe de assistência e familiares dos pacientes isolados suspeitos ou infectados pelo novo coronavírus.

e instituições distintas. Nesse mesmo sentido, foi publicado um capítulo de livro em língua portuguesa sobre o assunto¹⁰. No campo da pesquisa, foi desenvolvido um estudo quantitativo do tipo coorte retrospectivo, com um qualitativo aninhado, para a identificação do perfil dos pacientes com câncer avançado, que foram internados no HC IV, acometidos pela covid-19 e para avaliação da incorporação das Tecnologias de Informação e Comunicação na assistência. O desenvolvimento dessa pesquisa propiciou a publicação de dois artigos científicos internacionais^{11,12}, contendo dados inéditos desse grupo, bem como o desenvolvimento de outros dois que se encontram em fase de submissão. No âmbito da pesquisa qualitativa, foram publicados um artigo de circulação nacional¹³, dois de circulação internacional^{14,15} e dois capítulos de livro em língua portuguesa^{16,17}.

Destaca-se, ainda, importante projeto desenvolvido por enfermeiros da unidade, com objetivo de identificar o impacto da pandemia nas atividades assistenciais do serviço de enfermagem. Pretende-se gerar cerca de quatro publicações derivadas desse estudo (encontram-se em fase de submissão). Salienta-se a prevalência de estresse no desenrolar da pandemia durante o ano de 2020, de 45,6% entre os profissionais do sexo feminino e 28,6% do sexo masculino, achado que ratifica a importância da oferta sistemática de suporte aos servidores da unidade, liderada pela psicologia e capelania (uma das ações também implementadas durante o enfrentamento da pandemia).

Para além da temática novo coronavírus, o serviço social publicou uma coletânea com um enriquecedor panorama teórico-prático com viés inovador, no campo das ciências sociais aplicadas, contribuindo para o fortalecimento da inserção profissional no emergente campo da palição¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas páginas anteriores, foram descritas as principais ações no âmbito assistencial com intercessão nos campos de ensino e pesquisa em cuidados paliativos oncológicos. Em cada linha tecida, ratifica-se a importância da conscientização, discussão e compreensão das necessidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais de pessoas que vivem com uma doença limitante da vida e de suas famílias, sendo uma referência no cenário da saúde pública no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. FIRMINO, F. **Lutas simbólicas das enfermeiras no processo de implantação do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO):** Unidade IV do Instituto Nacional de Câncer. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
2. SILVA, G. A. D. *et al.* Clinical utility of the modified Glasgow Prognostic Score to classify cachexia in patients with advanced cancer in palliative care. **Clinical Nutrition: official Journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition**, Kidlington, v. 39, n. 5, p. 1587-1592, May 2020. DOI 10.1016/j.clnu.2019.07.002.
3. THULER, L. C. S.; MELO, A. C. de. Sars-CoV-2/Covid-19 em Pacientes com Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. e-00970, maio/jun. 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.970.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fact sheets. **Palliative care**. [Geneva]: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 26 mar. 2021.
5. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota técnica GVIMS/ GGTES/ANVISA nº 04, de 31 de março de 2020.** Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Anvisa, 2021. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-Atualizada>. Acesso em: 9 mar. 2021.
6. FREITAS, R. *et al.* Cuidados paliativos em pacientes com câncer avançado e Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 66, e-1077, 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1077.
7. ROSA, K. S. C. *et al.* Orientações para assistência nutricional a pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, p. e-1038, 2020. DOI 0.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1038.
8. SAMPAIO, S. G. S. M.; DIAS, A. M.; FREITAS, R. Avaliação do Plano de Ação Implementado pelo serviço médico de uma unidade de referência em cuidados paliativos oncológicos frente à pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, p. e-1158, 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1158.

9. MENDES, E. C.; SILVA, L. P.; RESENDE, J. M. D. Atendimento fisioterapêutico ao paciente em cuidados paliativos oncológicos em tempos de pandemia por Covid-19: Recomendações de uma Unidade de Referência. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, p. e-1113, 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1113.
10. COSTA, *et al.* Câncer e COVID-19. *In: DOLINSKY, M.; VAZ, F. Nutrição em tempos de pandemia*. São Paulo: Payá, 2021. p. 224.
11. SAMPAIO, S. G. D. S. M. *et al.* Evaluation of the criteria adopted to identify suspected cases of COVID-19 in the emergency department service of a referral palliative oncology care unit. **American Journal of Hospice & Palliative Care**, [Thousand Oaks], v. 38, n. 2, p. 199-203, 2021. DOI 10.1177/1049909120957310.
12. OLIVEIRA, L. C. de *et al.* Palliative care and COVID-19 pandemic: retrospective study of factors associated with infection and death at an oncological palliative care reference center. **American Journal Hospice and Palliative Medicine**, [Thousand Oaks], v. 38, n. 5, p. 512-520, May 2021. DOI 10.1177/1049909120986962.
13. FROSSARD, A.; AGUIAR, A. B.; FONTES, E. Covid-19 e cuidados paliativos: uma análise etnográfica. **Ambiente, Gestão e Desenvolvimento**, Roraima, n. esp., p. 140-152, 2020. DOI 10.24979/ambiente.v1i1.808.
14. FROSSARD, A. Concreteness in finitude. **Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care**, [Philadelphia], v. 16, n. 3, p. 204-206, 2020. DOI 10.1080/15524256.2020.1755771.
15. FROSSARD, A.; AGUIAR, A. B. Social worker intervention strategies in palliative care in the brazilian context. **International Journal of Current Advanced Research**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 21012-21016, Jan 2020. DOI 10.24327/ijcar.2020.21016.4117.
16. FROSSARD, A. (org.). **Cuidados paliativos e serviço social**: ressignificando o cuidar. Latvia: Novas Edições Acadêmicas, 2020.
17. AGUIAR, A. B.; FROSSARD, A. Comunicação e serviço social na perspectiva dos cuidados paliativos oncológicos. *In: OLIVEIRA, T. N. de (org.). O serviço social e a superação das desigualdades sociais 2*. Ponta Grossa: Atena, 2020, p. 64-75.
18. FROSSARD, A. Abordagens criativas e inovadoras: o desenvolvimento de projetos sociais em um cenário pós-pandemia. *In: RODRIGUES, L.; SOARES, R. (org.). Gestão estratégica nas organizações*. São Paulo: Dialética, 2020. p. 87-97.



CAPÍTULO 2

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

OBJETIVOS

A assistência domiciliar é realizada pelo HC IV do INCA e está inscrita na modalidade atenção domiciliar do tipo 2, destinada aos usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo¹.

CRITÉRIOS

No que diz respeito à Norma Administrativa da assistência domiciliar², o perfil de pacientes para admissão compreende:

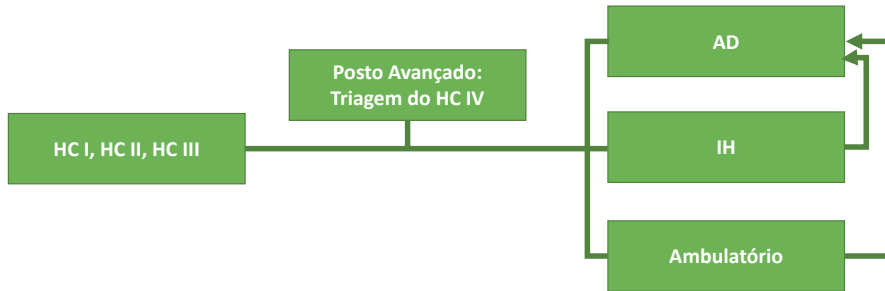
- Serem encaminhados de outras unidades assistenciais do INCA, após término da terapêutica com intenção curativa ou da sua impossibilidade.
- Apresentar situação clínica impeditiva ao atendimento ambulatorial (*Performance Status* – PS maior que 2 ou *Karnofsky Performance Status* – KPS menor que 50%) (Anexo 2).
- Portadores de imobilidade (por causas como amputações, fraturas, grandes linfedemas, feridas tumorais extensas).
- Portadores de condições clínicas incapacitantes ou restritivas (como dispneia, dependência de oxigênio, sequelas neurológicas, entre outros).

Quanto às condições do domicílio do paciente, é necessário:

- Estar situado até 60 km de distância do HC IV.
- Ter acesso livre e fácil para a equipe de assistência domiciliar.
- Não estar em áreas consideradas de risco e/ou com iminência de conflito urbano relatado pelos órgãos de Segurança Pública.

O fluxo de encaminhamento de pacientes para a assistência domiciliar pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma de encaminhamento de pacientes para a assistência domiciliar



Fonte: Elaboração INCA.

Legenda: AD: Assistência domiciliar; HC: Hospital do Câncer; IH: Internação hospitalar.

ESTRUTURA DO SERVIÇO

Os atendimentos domiciliares são realizados por uma equipe interdisciplinar formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogos. Conforme a necessidade, existe a possibilidade de atendimento por farmacêuticos e pela capelania, além do teleatendimento realizado por nutricionistas (Quadro 1).

Quadro 1 – Equipe interdisciplinar da assistência domiciliar

EQUIPE MÍNIMA	EQUIPE DESEJÁVEL	EQUIPE DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO INCA
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros • Médicos • Assistentes sociais • Psicólogos • Fisioterapeutas • Farmacêutico • Assistentes administrativos • Motoristas 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe mínima + • Terapeuta ocupacional • Nutricionista • Fonoaudióloga 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe mínima + • Nutricionista (parecerista)

Fonte: Elaboração INCA .

A equipe conta também com o Núcleo de Apoio e Logística, formado por enfermeiros e médicos que atuam na base do serviço e dão suporte telefônico à equipe assistencial interprofissional e aos pacientes e familiares em situações de urgências, dúvidas ou atendimento de solicitações de materiais e medicamentos. Além disso, a equipe é composta por funcionários administrativos (responsáveis pelo agendamento das consultas e contato com pacientes e familiares) e por motoristas.

Tomando o ano de 2019 como referência, o serviço realizou em média 777 consultas por mês, perfazendo 9.327 consultas no ano. O intervalo médio entre as consultas foi de 5,6 dias. Foram atendidos 214 pacientes por mês em média, com 143 pacientes ativos por dia.

FUNCIONAMENTO

Os profissionais da assistência domiciliar organizam-se em equipes, cada uma atendendo a uma região geográfica específica, favorecendo o acompanhamento periódico, a criação de vínculo e a confiança para o seguimento dos cuidados, conforme mostra a Figura 3.

Figura 3 – Abrangência da assistência domiciliar por regiões e sub-regiões



Fonte: Elaboração INCA .

O agendamento das consultas domiciliares visa a priorizar os pacientes recém-encaminhados para o serviço com uma previsão de atendimento no prazo de até sete dias. Os atendimentos subsequentes devem ser realizados de acordo com as necessidades e a gravidade dos sinais e sintomas clínicos de cada paciente².

Os enfermeiros realizam uma avaliação inicial, observando sinais e sintomas passíveis de modificação e controle, orientam pacientes e familiares em relação à administração de medicamentos e cuidados gerais, planejam as

intervenções mais adequadas para cada paciente, objetivando a promoção da qualidade de vida e o alívio de sintomas.

O atendimento médico é priorizado para pacientes novos no serviço, e para aqueles identificados com sintomas graves ou ainda para os que necessitam de procedimentos médicos em domicílio, por exemplo, paracentese. Na consulta médica, é feita avaliação clínica do paciente, com foco no controle de sintomas, considerando o prognóstico e respeitando os valores do paciente e da família.

Em cada atendimento médico e de enfermagem, são realizados a avaliação e o registro de sintomas baseados no *Edmonton Symptom Assessment System* (Esas) (Anexo 3)^{3,4}, além do registro de sinais e sintomas adicionais³⁻⁶, em uma escala de intensidade numérica (de 0 a 10). São considerados sintomas de maior gravidade que exigem uma intervenção rápida e oportuna da equipe: dor, falta de ar, náuseas e vômitos, sangramento e confusão mental³⁻⁷.

O serviço social realiza atendimento com objetivo de conhecer as condições sociais e a composição familiar, acompanhar a rede de cuidados em domicílio e orientar sobre direitos previdenciários e assistenciais.

As orientações ao paciente e ao familiar são registradas no prontuário domiciliar. Além disso, o registro da consulta do paciente deve ser feito de forma detalhada nos prontuários eletrônico e físico, incluindo as avaliações iniciais e subsequentes do profissional, os diagnósticos, as condutas e o plano de cuidados proposto.

Os medicamentos e materiais necessários são fornecidos durante as consultas domiciliares. Conforme a necessidade do paciente e a disponibilidade no HC IV, a equipe da assistência domiciliar pode solicitar também o empréstimo de materiais, como cama do tipo hospitalar, cilindro e concentrador de oxigênio, cadeira de rodas, cadeira higiênica, nebulizador e coletor de urina.

O quantitativo de pacientes inscritos no serviço ajuda a nortear o dimensionamento da equipe da assistência domiciliar, assim como a periodicidade de atendimentos previstos por dia, semana e mês.

DESOSPITALIZAÇÃO

O atendimento domiciliar é um grande facilitador no processo de cuidado do paciente com câncer em estágio avançado, pois os profissionais da saúde da assistência domiciliar adentram o ambiente cotidiano do paciente, aproximando-se da realidade vivenciada por ele. A desospitalização permite

a reinserção do indivíduo no domicílio, considerando os princípios de humanização, continuidade do cuidado e participação da família⁸.

Diante da realização do atendimento domiciliar sistemático e de forma prolongada, o profissional da saúde e a família traçam uma maior e mais consistente relação de parceria no cuidado, fortalecendo a comunicação e o vínculo de confiança. O profissional da saúde passa a ter acesso a informações privilegiadas da realidade sociocultural, bem como da dinâmica familiar em seus variados aspectos, que influenciarão o processo de tomada de decisão em relação ao plano terapêutico do paciente⁸.

A composição familiar precisa ser considerada nesse processo e, em muitos casos, pode existir uma fragilidade nessa rede. É fundamental, sempre que possível, a participação de mais de um membro treinado responsável pelo cuidado, fortalecendo uma estrutura de auxílio⁹.

A desospitalização deve ser organizada desde o primeiro momento da internação, assim como a avaliação quanto à possibilidade de seguimento por meio do atendimento domiciliar nos casos indicados. Quando a família é informada sobre a possibilidade de encaminhamento para assistência domiciliar, percebe-se um sentimento de segurança para continuidade de cuidados no domicílio, sendo este um dos facilitadores do processo de alta hospitalar. Antes da alta, as necessidades do paciente e da família devem ser avaliadas pela equipe interdisciplinar e consideradas para a elaboração do plano de cuidados, diminuindo assim a chance de reinternação precoce. Nesse contexto, a assistência domiciliar representa uma forma humanizada de desospitalização, ofertando suporte periódico e facilitando a identificação de limitações e potencialidades.

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: BENEFÍCIOS, POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES

Os benefícios e potencialidades da assistência domiciliar são inúmeros tanto para os pacientes e familiares quanto para o sistema de saúde, embora existam algumas limitações para essa modalidade de atendimento, conforme listados no Quadro 2.

Quadro 2 – Benefícios, potencialidades e limitações da assistência domiciliar do Hospital do Câncer IV

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM CUIDADOS PALIATIVOS	
Benefícios e potencialidades	Limitações
<ul style="list-style-type: none"> • Maior conforto e proteção para pacientes e familiares • Diminuição de possíveis deslocamentos do paciente • Menor do risco de infecções • Menor frequência de procura por serviços de pronto atendimento e menor necessidade de internação hospitalar • Facilidade para observar a adesão terapêutica e reforçar as medidas de promoção de saúde • Promoção, prevenção, tratamento e reabilitação • Participação ativa, promovendo a autonomia do paciente • Qualificação do cuidado e um tratamento de maior integralidade, centrado no paciente e em suas necessidades • Redução de custos e otimização de leitos hospitalares • Otimização da utilização de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento tardio para cuidados paliativos, com sobrevida curta dos pacientes da assistência domiciliar • Dificuldade de acesso geográfico para pacientes que residem fora da área de abrangência do serviço • Impossibilidade de atendimento móvel de urgência e de remoção do paciente para hospital • Dificuldade quanto ao acesso à declaração de óbito, no caso de óbito em domicílio • Inexistência de serviço público de verificação de óbito no Rio de Janeiro • Necessidade de aprimoramento dos sistemas informatizados para horizontalizar e facilitar a comunicação entre os diferentes processos de trabalho • Dimensionamento adequado dos profissionais para o quantitativo de pacientes em acompanhamento • Articulação com as redes de atenção primária para planejamento, coordenação e avaliação das ações de cuidados contínuos

Fonte: Elaboração INCA.

ÓBITO NO DOMICÍLIO

A ocorrência do óbito em domicílio é uma situação delicada e exige sensibilidade da equipe em entender o momento específico para sua abordagem, necessitando acolhimento e esclarecimento de dúvidas a respeito de como conduzir essa situação. O óbito domiciliar ainda é um tabu

e possui limitações, porém podem ser identificados inúmeros benefícios e potencialidades, conforme listados a seguir no Quadro 3. Apesar de todas as dificuldades, em 2019, 16% dos óbitos entre pacientes em acompanhamento pela assistência domiciliar ocorreram no domicílio.

Quadro 3 – Benefícios, potencialidades e limitações para a ocorrência do óbito domiciliar

ÓBITO DOMICILIAR	
Benefícios e Potencialidades	Limitações
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o desejo do paciente e da família • Entender o histórico e a dinâmica de funcionamento familiar diante de perdas • Definir, em conjunto com paciente e família, qual a opção mais adequada (domicílio <i>versus</i> ambiente hospitalar) • Proporcionar um processo de morte humanizado e digno, com a participação de seus entes queridos e seu ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de serviço público de verificação de óbito • Dificuldade de acesso a profissional de saúde para obtenção de declaração de óbito • Existência membros vulneráveis no núcleo familiar como: crianças, idosos, gestantes e adultos com comorbidades no domicílio • Vulnerabilidade socioeconômica

Fonte: Elaboração INCA .

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 9 mar. 2021.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Hospital do Câncer IV. Unidade de Cuidados Paliativos. **Norma administrativa nº 304.1830.001:** assistência domiciliar. Versão 5. Rio de Janeiro: INCA, 2018.
3. CARVALHO, R. T. de.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP.** 2. ed. atual e ampl. [São Paulo]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.
4. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado paliativo.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. (Cadernos CREMESP). Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.
5. TWADDLE, M. L.; MCCORMICK, E. Palliative care delivery in the home. *In: UPTODATE.* [Waltham, MA: s. n.], Feb 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-delivery-in-the-home?search=home-based%20primary%20and%20palliative%20care%20palliative%20care&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#references. Acesso em: 9 mar. 2021.
6. OKON, T. R.; CHRISTENSEN, A. Overview of comprehensive patient assessment in palliative care. *In: UPTODATE.* [Waltham, MA: s. n.], Jan 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-comprehensive-patient-assessment-in-palliative-care>. Acesso em: 30 mar. 2021.
7. MEIER, D. E.; MCCORMICK, E. Benefits, services, and models of subspecialty palliative care. *In: UPTODATE.* [Waltham, MA: s. n.], June 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/benefits-services-and-models-of-subspecialty-palliative-care>. Acesso em: 30 mar. 2021.
8. SZYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 21, n. 71, p. 9-25, set. 2002.
9. OLARIO, P. S. *et al.* Deinstitutionalization in palliative care: profile of users of a Unit in Rio de Janeiro/Brazil. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 2, e53787, 2018. DOI 10.5380/ce.v23i2.53787.



CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

Nessa modalidade assistencial, são atendidos pacientes com câncer avançado vinculados ao HC IV do INCA cujo perfil funcional [KPS (Anexo 2) maior ou igual a 50%] permite o seu comparecimento ao hospital para acompanhamento da equipe, objetivando o adequado controle de sintomas e o cuidado com os aspectos psicossociais e espirituais.

Trata-se de um ambulatório em molde interdisciplinar onde o paciente tem acesso às diferentes categorias profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta), permitindo o cuidado para além das demandas biológicas e facilitando a comunicação entre os membros da equipe e entre a equipe e o paciente e a família.

FUNCIONAMENTO

O atendimento ambulatorial é realizado das segundas às sextas-feiras, em dois turnos, pela manhã, das 8 às 12 horas, e à tarde, das 13 às 18 horas. O espaço físico é composto por uma sala de espera com cadeiras, uma televisão e um aquário ornamental para distração, um setor de agendamento de consulta e a área de atendimento propriamente dita composta por nove consultórios e uma sala de repouso com três poltronas, onde o paciente pode se acomodar para procedimentos como coleta de exames laboratoriais, administração de hidratação e medicações por via parenteral, estabilização clínica, entre outros. Dão suporte ao ambulatório o Ginásio de Fisioterapia e o Espaço CuriosAção^k.

Os primeiros horários de consulta são destinados para usuários que serão atendidos pela primeira vez e os horários subsequentes para o seguimento dos já em acompanhamento no HC IV. A primeira consulta, após o encaminhamento do posto avançado^l, deve ocorrer em até cinco dias. Nessa primeira avaliação, o paciente é atendido por toda equipe interdisciplinar,

^k *Day Care*: Espaço terapêutico e lúdico, destinado a pacientes e acompanhantes.

^l O posto avançado está presente nos Hospitais do Câncer I, II e III e é composto por uma enfermeira que aborda o paciente e sua família, após avaliação e deliberação do médico da clínica de origem para os cuidados paliativos exclusivos.

composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista. As consultas subsequentes são agendadas de acordo com a demanda apresentada pelo paciente, com intervalo médio de 15 dias, de maneira que o paciente seja atendido no mesmo dia por todos os profissionais de que necessita.

Os profissionais atendem, sequencialmente, aos pacientes de acordo com as necessidades clínicas de cada um deles. A discussão dos casos entre os integrantes da equipe ocorre de maneira fluida para as deliberações necessárias. O paciente pode ser liberado para residência com novo agendamento de consulta ambulatorial, ser encaminhado para a assistência domiciliar ou ser internado (nesse caso, todos os procedimentos de internação hospitalar são realizados pela equipe do ambulatório). O familiar ou cuidador é estimulado a participar das consultas de maneira a favorecer a comunicação, esclarecer dúvidas e receber informações e treinamento sobre os cuidados.

Acompanhamento ambulatorial a distância

Trata-se de uma estratégia de articulação com a atenção primária do território onde o paciente reside para os casos de perfil funcional ou clínico que dificultam ou impedem o comparecimento às consultas de pacientes não elegíveis para atendimento domiciliar pelo INCA (mais detalhes no capítulo sobre a assistência domiciliar). Tem como objetivo garantir a continuidade do plano de cuidados do paciente em domicílio, por meio de uma ação integrada com a Atenção Primária à Saúde (APS). Os profissionais da APS atuam presencialmente e os profissionais do ambulatório do HC IV como consultores¹.

Para a efetividade desse acompanhamento, o paciente com o perfil anteriormente descrito é referenciado para a rede de Atenção Primária pelo serviço social do HC IV, que fornece o Prontuário de Acompanhamento Ambulatorial a Distância contendo o encaminhamento do serviço social, o relatório médico e o formulário de acompanhamento ambulatorial a distância a ser preenchido pelo profissional que atender ao paciente em casa.

Cabe à APS a realização de consultas domiciliares regulares com médico e/ou enfermeiro, preferencialmente antes da consulta de segmento no HC IV para que a equipe receba o formulário de acompanhamento ambulatorial a distância devidamente preenchido, com dados sobre a evolução clínica do paciente. Ressalta-se que o objetivo da visita domiciliar é possibilitar que o paciente seja avaliado presencialmente pelo profissional em seu território e favorecer que informações técnicas e precisas cheguem ao profissional do HC IV, a fim de embasar as condutas, sem que o paciente se desloque de seu

domicílio. Durante todo o processo de acompanhamento, deve ocorrer troca sistemática de relatórios, propiciando a continuidade do cuidado seguro ao paciente no conforto de seu domicílio, assim como a disponibilização de telefones institucionais para contato em caso de necessidade.

Desde a sua implementação sistematizada em setembro de 2017, foram encaminhados 206 pacientes para o acompanhamento integrado com 174 unidades da APS localizadas em 56 municípios do Estado do Rio de Janeiro¹.

Teleatendimento

Em 2020, em razão da pandemia de covid-19, foi necessário estruturar um modelo de teleatendimento, com o objetivo de garantir a continuidade da assistência aos pacientes e familiares de maneira segura, reduzindo a circulação no ambiente hospitalar e minimizando os riscos de contaminação intra-hospitalar e de trajeto. Tal estratégia foi balizada pelos órgãos competentes que autorizaram essa modalidade que segue ocorrendo no ano de 2021^{2,3}.

Os pacientes vinculados ao ambulatório são acompanhados por teleatendimento médico e de enfermagem, objetivando o monitoramento e o controle dos sintomas e condições relacionados à doença maligna avançada e à covid-19^{4,5}. Todos os pacientes recentemente encaminhados ao serviço (em sua primeira vez na unidade) são atendidos presencialmente pela equipe interdisciplinar e, na sequência, recebem teleatendimento médico e/ou de enfermagem. O intervalo do contato é planejado de acordo com as demandas apresentadas pelo paciente a partir da avaliação da equipe que o atendeu presencialmente ou a distância. O próprio paciente ou familiar também fazem contato com o serviço de teleatendimento para reportar alguma dúvida ou mudança clínica.

A cada teleatendimento, o profissional investiga com o paciente e/ou familiar os sintomas relacionados à doença oncológica e o manejo e funcionamento de dispositivos invasivos, estomias e feridas com as orientações e condutas pertinentes a cada caso. Rotineiramente, também investigavam sintomas relacionados à covid-19. Os casos são discutidos entre o médico e o enfermeiro para a deliberação da melhor conduta. Em situações em que o atendimento presencial se faz necessário, uma consulta presencial é prontamente agendada.

Em 2020, a produtividade foi de 1.535 atendimentos médicos e 2.205 de enfermagem. Caso identificada alguma demanda específica, profissionais de outras disciplinas, como fisioterapia, psicologia, nutrição e serviço social, também realizam o teleatendimento.

CRITÉRIOS PARA ATENDIMENTO

Para ser atendido no ambulatório do HC IV, o paciente deve ter sido encaminhado por uma das unidades do INCA e avaliado pelo posto avançado. O principal critério é funcional: o paciente deve apresentar KPS maior ou igual a 50% ou residir em local fora de critério para atendimento domiciliar nos casos de KPS menor ou igual a 40%. Além disso, o ambulatório também atende a pacientes que receberam alta hospitalar do HC IV e aos que são encaminhados da assistência domiciliar (em caso de recuperação funcional ou endereço não compatível com o atendimento domiciliar).

VANTAGENS

A principal vantagem do ambulatório de cuidados paliativos diz respeito ao acompanhamento dos pacientes com melhor perfil funcional apesar da doença avançada. Isso possibilita intervenções precoces para o controle de sintomas físicos e de outros problemas de ordem psíquica, social ou espiritual que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Outra vantagem advém do fato de o paciente ou familiar ser atendido em um mesmo dia por todos os profissionais de maneira integrada, característica do atendimento interdisciplinar implementado.

DESVANTAGENS

A principal desvantagem está relacionada ao fato de se tratar de um ambulatório de cuidados paliativos exclusivos, o que significa um modelo de cisão entre o tratamento modificador da doença e o cuidado paliativo, com interação insuficiente com as outras clínicas oncológicas. Outra desvantagem inerente ao ambiente ambulatorial é a necessidade de deslocamento do paciente para receber o atendimento, fato especialmente importante quando as condições clínicas, funcionais e financeiras dificultam ou impedem esse deslocamento.

EQUIPE ASSISTENCIAL

O ambulatório conta com uma equipe composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta que atende ao paciente, familiar e cuidador a partir das demandas identificadas individualmente. Os principais instrumentos de avaliação utilizados nas

consultas são KPS para avaliação funcional e Esas (Anexo 3) para triagem e avaliação dos sintomas mais prevalentes. Além desses, os profissionais também utilizam outros instrumentos inerentes às categoriais profissionais, a depender das necessidades identificadas em cada paciente.

Mediante solicitação de parecer, o paciente pode contar com avaliação e acompanhamento de fonoaudiologia, capelania, estomaterapia, ortopedia, odontologia, oncologia e radioterapia. O HC IV não dispõe de terapeuta ocupacional, o que seria desejável.

REFERÊNCIAS

1. FONSECA, D. F. *et al.* Integração com a Atenção Primária à Saúde: experiência de uma unidade de referência em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, 2021. No prelo.
2. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 634, de 26 de março de 2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate de pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2) [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 60, p. 117, 27 mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-634-de-26-de-marco-de-2020-249995879>. Acesso em: 30 mar. 2021.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Ofício CFM nº 1756/2020 - COJUR**. Brasília, DF: CFM, 19 março 2020. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.
4. SAMPAIO, S. G. S. M.; DIAS, A. M.; FREITAS, R. Orientações do serviço médico de uma unidade de referência em cuidados paliativos oncológicos frente à pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, e-1058, 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1058.
5. FREITAS, R. *et al.* Cuidados paliativos em pacientes com câncer avançado e Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, e-1077, 2020. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1077.



CAPÍTULO 4

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como objetivo apresentar a dinâmica de funcionamento da internação hospitalar do HC IV do INCA, descrevendo conhecimentos, rotinas e modalidades de cuidados específicos que contribuem para uma boa prática de cuidados paliativos na internação hospitalar.

ESTRUTURA E CAPACIDADE DE ATENDIMENTO

A internação hospitalar do HC IV conta atualmente com uma estrutura física composta por 56 leitos de enfermaria, divididos igualmente em quatro andares. Essas enfermarias são duplas ou de isolamento, mobiliadas com televisão, ar-condicionado, iluminação graduada e sofá-cama para garantir conforto e permanência integral de acompanhantes, o que gera um ambiente de privacidade e acolhimento. Compõem essa estrutura física uma sala para procedimentos invasivos de pequeno e médio porte, uma Central de Manipulação e Esterilização, salas de acolhimento e atendimento de cuidadores e familiares e a Sala do Silêncio^m. Dão suporte à internação o Ginásio de Fisioterapiaⁿ e o Espaço Curiosação^o. No setor, são atendidos, aproximadamente, 2 mil pacientes por ano cuja taxa de permanência média é de 8,4 dias.

OBJETIVOS

O objetivo principal da internação hospitalar em cuidados paliativos é promover o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes internados, a partir de ações e práticas interdisciplinares, que privilegiem a abordagem multidimensional. Já os objetivos específicos da internação hospitalar consistem em:

^mEspaço ecumênico destinado a pacientes e acompanhantes.

ⁿPrimeiro ginásio voltado exclusivamente para reabilitação de pacientes em cuidados paliativos. São oferecidos atendimento e acompanhamento fisioterápicos de reabilitação, além da realização de práticas integrativas complementares de saúde, como auriculoterapia e acupuntura, para alívio de sintomas e promoção da qualidade de vida.

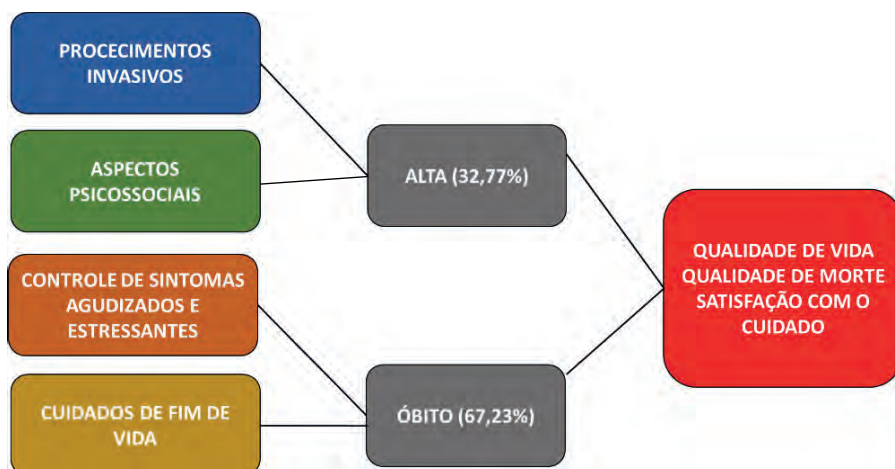
^o*Day Care*: espaço terapêutico e lúdico, destinado aos pacientes e acompanhantes.

- Controlar os sintomas agudizados e estressantes, abordando o sofrimento físico e psicossocial refratário.
- Coordenar os cuidados ao paciente, priorizando a autonomia, a preservação do autocuidado e a manutenção de funcionalidade pelo tempo que for possível, objetivando a desospitalização.
- Disponibilizar insumos, orientações e serviços que proporcionem a organização da rede de cuidados do paciente em domicílio.
- Otimizar o tratamento ao paciente sob cuidados ao fim da vida e em processo ativo de morte.

CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Os pacientes são admitidos oriundos do serviço de pronto atendimento, ambulatorio, assistência domiciliar ou das enfermarias das clínicas de origem de tratamento oncológico^P.

Figura 4 – Critérios para admissão na internação hospitalar e desfechos analisados



Fonte: Elaboração INCA.

Conforme verificado na Figura 4, a internação hospitalar é indicada para controle agressivo de sintomas agudizados e angustiantes cujo manejo

^PA transferência da clínica de origem é realizada pelo posto avançado do HC IV, localizado nas três unidades hospitalares que compõem o INCA. O posto avançado é composto por uma enfermeira que aborda o paciente e sua família, após avaliação e deliberação do médico da clínica de origem para os cuidados paliativos exclusivos.

se torna complexo para ser realizado na residência. Os sintomas clínicos mais prevalentes incluem dor, fadiga, perda de peso, hiporexia, náusea, ansiedade, dispneia e confusão mental^{1,2}. Com a alta prevalência de tumores sólidos no INCA, o sangramento de diversos sítios, infecções de feridas tumorais, de sítio respiratório e urinário também são frequentes causas de sintomas não controlados. Muitas emergências oncológicas vão requerer tratamento específico, como a síndrome da veia cava superior (SVCS), síndrome de compressão medular e distúrbios hidroeletrólíticos, assim como pacientes com sintomas obstrutivos, que são submetidos a procedimentos invasivos, tais como traqueostomia, gastrostomia, nefrostomia, colostomia, drenagens de ascite, derrame pleural e abscessos ou coleções várias. Em média, 32,77% desses pacientes têm seus sintomas controlados e retornam ao domicílio. Contudo, 67,23% dos pacientes internam já em cuidados ao fim da vida ou evoluem para processo ativo de morte. Aspectos psicossociais também podem ser indicações para internação; entre eles, destacam-se a sobrecarga dos cuidadores, a fragilidade da rede de cuidados ou a ausência de referências familiares para garantir e promover os cuidados em domicílio.

O Quadro 4 sumariza a gama de atividades realizadas no setor.

Quadro 4 – Atividades de rotina realizados na internação hospitalar

- Elaboração do plano de cuidados do paciente, a partir de uma perspectiva interdisciplinar e holística, considerando os aspectos clínicos, psicossociais e espirituais (capelania) que envolvem o seu cuidado
- Avaliação diária dos pacientes pela equipe multiprofissional e discussão de casos entre os profissionais
- Reavaliação contínua dos sintomas, incluindo o quinto sinal vital (monitoramento de dor), uso de tabelas de monitoramento de sintomas, avaliação de *status* funcional e avaliação prognóstica
- Reuniões multidisciplinares com familiares e cuidadores, nas quais são abordados o quadro clínico do paciente e o plano de cuidados elaborado pela equipe
- Reunião de acolhimento com familiares, nas quais são esclarecidas as rotinas da internação e a proposta dos cuidados paliativos
- Treinamento de cuidadores no manejo de sondas, cateteres, curativos, vias de administração de medicamentos etc. com técnicas de simulação (Projeto Cuide Bem do seu Paciente) e acompanhamento pelas equipes de enfermagem e nutrição
- Identificação de barreiras de entendimento e comunicação que possam dificultar a adesão do paciente ao tratamento
- Identificação de situações de risco para luto patológico
- Estratégias para identificação de conflitos familiares e organização de rede de cuidados

Fonte: Elaboração INCA .

SOBRE AS VANTAGENS E DESVANTAGENS DO PROCESSO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Neste item, serão discutidas as vantagens e desafios do processo de internação hospitalar, com seus pontos fortes e fracos resumidos no Quadro 5.

Vantagens

O cuidado técnico e compassivo, centrado no paciente e na família, é a principal estratégia de atuação da equipe interdisciplinar na internação hospitalar, trazendo pontos positivos para o modelo proposto:

- A atenção interdisciplinar e integral é fundamental para que os aspectos emocionais, psicossociais e espirituais e os de identidade de gênero⁹ sejam contemplados na estruturação de um plano terapêutico singular. Em função dessa estratégia, paciente e família são avaliados continuamente por equipe de psicologia e serviço social, sendo também ofertado suporte espiritual.
- O suporte prático para questões financeiras e objetivas, por meio da atuação do voluntariado do INCA, que, com base em critérios estabelecidos institucionalmente, fornece cestas básicas, propicia doação de itens de uso pessoal e higiene, além da oferta de auxílio-transporte.
- Promoção de conforto e qualidade de vida ao paciente, de acordo com seus valores e parâmetros pessoais, estimulando seu protagonismo no enfrentamento da doença e adesão ao tratamento. Há um esforço para que suas recomendações ou desejos comunicados em atendimentos e documentados em prontuário sejam atendidos. Na impossibilidade de tomada de decisões pelo paciente, prevalece a vontade dos familiares e/ou cuidadores.
- Construção de vínculo entre paciente, família e equipe, favorecendo a criação de uma relação de confiança, parceria e complementariedade, em prol do bem-estar do paciente.
- A alta hospitalar é planejada coletivamente, a partir da avaliação multiprofissional e da participação do paciente e sua família. É imprescindível uma rede de cuidados capaz de atender às necessidades específicas do paciente no domicílio. Desse modo, familiares e cuidadores recebem capacitação para realização do cuidado.

⁹Conforme determina o Decreto n.º 8727/2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

- O HC IV provê a maioria dos medicamentos, a formulação de dietas enterais e insumos necessários ao cuidado dos pacientes no domicílio, fornecendo material para curativo, fraldas, empréstimo de próteses e andadores, cadeiras de rodas ou camas hospitalares, mediante indicação dos seus profissionais, segundo o estoque disponível. Tais recursos representam importante diferencial para concretização da alta hospitalar, por elevarem o potencial de cuidado no domicílio.
- A internação hospitalar é um campo para diálogos sobre finitude, facilitando a compreensão de aspectos que podem otimizar a qualidade de morte. Discussões sobre o fim da vida abrangem o prognóstico, a trajetória da doença, o declínio funcional e sintomas esperados no processo ativo de morte, ausência de medidas de sustentação de vida, medidas de conforto prioritárias e sedação paliativa.
- Na internação hospitalar, as práticas educacionais se atualizam pela frequente discussão de casos clínicos, encontros científicos e revisão de protocolos de cuidados, além dos PPGO, residência em medicina paliativa, residência multiprofissional do INCA e especialização em cuidados paliativos em nível *fellow*. A internação hospitalar também é um importante campo no qual são realizadas muitas pesquisas sobre a temática dos cuidados paliativos.

Desafios

Existem também obstáculos a serem superados na prática dos cuidados paliativos no INCA:

- Dificuldades na realização de exames e diagnósticos mais precisos nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) ocasionam demora no acesso aos serviços especializados, como o tratamento do câncer. Como consequência, muitos pacientes chegam ao INCA sem possibilidade de cura e são encaminhados diretamente ao HC IV. Nesse cenário, além da sobrecarga da unidade, em decorrência da brevidade do tempo entre o diagnóstico e a comunicação da incurabilidade da doença, os pacientes podem apresentar maior dificuldade de elaboração e aceitação da proposta de cuidados paliativos e de sua condição de finitude.
- O Processo de negação e medo da morte historicamente construídos em nossa sociedade ocidental³ contribui para uma compreensão errônea da proposta de cuidados paliativos, tendendo a ocasionar estigmatização e reações de resistências a esse tipo de tratamento, particularmente a não adesão aos medicamentos opioides e a cobrança por manutenção de terapias fúteis ao final de vida.

- No nível institucional, a organização dos cuidados paliativos no INCA, a partir de um hospital exclusivo e localizado em um prédio destacado, traduz-se em uma quebra no processo de tratamento, ruptura de vínculos e fragilidade dos processos de comunicação, gerando impacto emocional negativo para pacientes e familiares.

Quadro 5 – Pontos fortes e fracos encontrados na internação hospitalar

EIXOS DE ANÁLISE	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
COMUNICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento interdisciplinar dos casos • Comunicação clara e sensível, em espaço adequado, reuniões multidisciplinares com familiares e capacitação de cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Quebra do vínculo entre o paciente e a unidade de origem na transferência para a internação hospitalar • Transferências de pacientes entre as unidades sem a comunicação clara e eficaz quanto à evolução de doença
CULTURAL	<ul style="list-style-type: none"> • Respeito a valores, relações familiares, identidade de gênero e espiritual dos pacientes e familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Estigmatização dos cuidados paliativos • Estigmatização do uso de drogas opioides • Resistência a diálogos sobre finitude
INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de insumos para a continuidade de tratamento no domicílio • Realização de procedimentos complexos e invasivos e exames diagnósticos • INCAvoluntário, Capelania e CuriosAção 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragmentação dos cuidados paliativos na Instituição, que resulta no desconhecimento dos seus benefícios e no encaminhamento tardio • Transferência de pacientes em estado grave ou em cuidados de fim de vida

continua

continuação

EIXOS DE ANÁLISE	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
ESTRUTURAL	<ul style="list-style-type: none"> • Convênio com instituições que oferecem leitos de longa permanência para pacientes sem rede de cuidados • Cultura de qualidade em saúde, com implantação de protocolos institucionais e indicadores assistenciais 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de estratégias para recrutamento e retenção de profissionais qualificados, pelas restrições à contratação de servidores públicos

Fonte: Elaboração INCA.

EQUIPE ASSISTENCIAL

Para atender às múltiplas e complexas demandas associadas às diferentes dimensões do cuidado ao paciente em cuidados paliativos e seus familiares, a equipe interdisciplinar precisa pertencer a diferentes categorias. Minimamente, a equipe da internação hospitalar precisa ser composta por médicos generalistas, oncologistas e geriatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e voluntariado (INCAvoluntário e Capelania). Cabe destacar o papel das estruturas matriciais desempenhadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e pela Farmácia Clínica. Visando a ampliar a possibilidade de intervenção, seria desejável a inclusão de outras categorias de apoio como terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psiquiatras consultores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o momento do diagnóstico, os pacientes oncológicos experimentam uma carga significativa de sintomas físicos, psicológicos e existenciais e desejam uma comunicação eficaz para apoiar a tomada de decisões complexas⁴. O estudo Support⁵ nos Estados Unidos mostra que muitos pacientes com câncer avançado ainda morrem de forma prolongada

e dolorosa, recebendo cuidados indesejados e invasivos. Para bem abordar todas as dimensões do sofrimento, os cuidados prestados a esse grupo exigem conhecimento e qualificação técnica, bem como abordagem multidimensional baseada em princípios éticos.

A internação hospitalar do HC IV – com seu perfil misto – é um espaço privilegiado para gerenciar as múltiplas necessidades de pacientes com câncer avançado, fornecendo cuidados especializados e intervenções complexas. O trabalho realizado reforça que, com o arsenal medicamentoso, profissionais e estrutura otimizada, é possível alcançar sucesso no controle de sofrimento físico e psicossocial dos pacientes e ofertar um excelente cuidado, estendendo apoio psicossocial e espiritual à família.

Visando a aprimorar a oferta de serviços pela internação hospitalar do INCA, dois esforços institucionais fazem-se necessários. O primeiro é a integração da proposta de cuidados paliativos ao tratamento oncológico no INCA, a fim de que, desde o início do tratamento, paciente e sua família possam ter suas demandas físicas e subjetivas adequadamente atendidas, promovendo assim a integralidade da atenção da saúde. O segundo é o aprofundamento das ações de cuidados paliativos nas redes de atenção à saúde (RAS) do SUS, proporcionando a ampliação dos serviços, especialmente na Atenção Básica e otimizando o processo de desospitalização. A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite, n.º 41, de 2018⁶, é um avanço nesse sentido, uma vez que ela já insere os cuidados paliativos nas RAS. Ampliar as ações de cuidados paliativos garantem que os pacientes tenham acesso no tempo hábil aos benefícios, promovendo a qualidade de vida e a melhoria da qualidade de morte, sem dor e/ou sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. WALSH, D.; DONNELLY, S.; RYBICKI, L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 8, n. 3, p. 175-179, May 2000. DOI 10.1007/s005200050281.
2. SAMPAIO, S. G. S. M.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P. Medicamentos e controle de dor: experiência de um centro de referência em cuidados paliativos no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, e-13365, abr./jun. 2019. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2019v66n2.365.
3. ARIÈS, P. **A história da morte no ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.
4. BRUERA, E.; HUI, D. Conceptual models for integrating palliative care at cancer centers. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 15, n. 11, p. 1261-1269, Nov 2012. DOI 10.1089/jpm.012.0147.
5. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). **JAMA**, Chicago, v. 274, n. 20, p. 1591-1598, Nov 1995. Erratum in: **JAMA**, Chicago, v. 275, n. 16, p. 1232, Apr 1996.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília DF, ano 155, n. 225, p. 276, 23 nov. 2018.



CAPÍTULO 5

the 1990s, the number of people in the world who are under 15 years of age has increased from 1.1 billion to 1.3 billion. The number of people aged 15 years and over has increased from 3.5 billion to 4.5 billion. The total population of the world has increased from 4.6 billion to 5.8 billion.

There are a number of reasons for the increase in the number of people in the world. One of the main reasons is the increase in life expectancy. People are living longer than ever before, and this is due to a number of factors, including improved medical care, better nutrition, and a more stable environment.

Another reason for the increase in the number of people in the world is the increase in the number of people who are having children. This is due to a number of factors, including improved medical care, better nutrition, and a more stable environment.

The increase in the number of people in the world is a major challenge for the world's resources. There are a number of ways in which the world's resources can be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations.

The United Nations has a number of programs and initiatives that are designed to help the world's resources be managed more effectively. These include the United Nations World Water Assessment Programme, the United Nations World Food Programme, and the United Nations World Bank.

The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations. The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations.

The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations. The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations.

The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations. The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations.

The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations. The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations.

The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations. The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations.

The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations. The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations.

The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations. The United Nations is committed to helping the world's resources be managed more effectively, and this is a major goal of the United Nations.

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta a dinâmica de funcionamento do serviço de pronto atendimento Especializado do HC IV do INCA, descrevendo conhecimentos, rotinas, procedimentos realizados no setor, entre outros, com contexto do cuidado paliativo oncológico.

Cabe destacar que, nos cuidados paliativos, cuja morte é um desfecho esperado, as emergências são aquelas condições que, se não tratadas, acarretarão ameaça à qualidade de vida e antecipação da morte como consequência^{1,2}.

OBJETIVOS

O serviço de pronto atendimento é destinado ao atendimento de emergência, ou seja, aquele não programado, prestado ao paciente matriculado no HC IV que apresente alguma intercorrência aguda do seu quadro clínico ou queda importante da funcionalidade, avaliada pelo KPS (Anexo 2)^{3,4}.

Por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, bem como pela realização de procedimentos invasivos, quando necessários, a equipe interprofissional promove o alívio ou minimização de sintomas agudizados. O diferencial do atendimento no serviço de pronto atendimento especializado envolve investigar e traçar a conduta terapêutica oportuna, não só considerando os dados clínicos e objetivos, mas, em concomitância, as questões sociais e de condução do cuidado. Assim, propõe e organiza, de forma interdisciplinar, medidas de conforto e apoio ao paciente e sua família.

ESTRUTURA

O serviço de pronto atendimento conta com uma estrutura física composta por seis leitos de curta permanência, um posto de enfermagem, uma sala de procedimentos, uma sala de hipodermia, dois consultórios médicos e uma sala de espera com cadeiras e televisão.

Cada leito conta com uma cama hospitalar, mesa de apoio, iluminação graduada e sofá-cama para garantir o conforto e a permanência integral de acompanhantes, o que gera um ambiente de privacidade e acolhimento.

EQUIPE MÍNIMA DESEJÁVEL

Para atender às múltiplas demandas associadas às diferentes dimensões do cuidado emergencial ao paciente em cuidados paliativos e seus familiares, o serviço de pronto atendimento conta com equipe composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas e apoio de toda equipe interprofissional da unidade (farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas), conforme demanda ou solicitação.

CRITÉRIOS PARA ATENDIMENTO

O paciente atendido pelo serviço de pronto atendimento deve ter matrícula no HC IV e pode ser originário da sua própria residência, do ambulatório da unidade, do posto avançado, de outras unidades (Hospitais do Câncer I, II e III) do INCA e de demais estabelecimentos de saúde (desde que com autorização prévia).

FUNCIONAMENTO

O setor funciona 24 horas todos os dias, para atendimento presencial e, para o teleatendimento, das 7 às 22 horas, de acordo com a complexidade do caso ou demanda, e para atendimentos emergenciais a pacientes internados no HC IV, após o horário da rotina médica da internação hospitalar.

Famíliares e pacientes podem entrar em contato com o setor, a partir de seus domicílios, e receber orientações de médicos e enfermeiros por teleatendimento. Por essa modalidade, são realizados, aproximadamente, 300 atendimentos por mês (Absolute/HC IV – Dados Estatísticos de 2019).

No atendimento presencial no serviço de pronto atendimento, o paciente é recebido e direcionado para a triagem inicial pela enfermagem ou diretamente ao médico plantonista, devendo ser avaliado no menor espaço de tempo possível, de acordo com as condições clínicas prioritárias a seguir:

- KPS de 10 a 30%.
- Dispneia.
- Sangramento ativo.

- Dor intensa, avaliada pelo Esas maior do que 7 (Anexo 3)^{5,6}.

Os atendimentos a deficientes físicos e idosos também são considerados prioridades.

Em horários pré-determinados, os pacientes presentes no setor poderão receber visitas de nutricionistas para liberação de refeições no local. Caso haja demandas, outros profissionais da equipe interprofissional poderão ser acionados para o atendimento do paciente. O setor conta com o suporte do serviço de radiologia, inclusive com tomografia computadorizada. Dessa forma, são realizados presencialmente no setor, aproximadamente, 200 atendimentos por mês.

Os principais sintomas e complicações, decorrentes da progressão da doença oncológica, que podem levar o paciente a procurar o serviço de pronto atendimento, são: dor, fadiga, insônia, dispneia, náuseas e vômitos, constipação, confusão mental, agitação, anorexia desidratação, diarreia, sangramentos, ascite, convulsões, derrame pleural, fratura patológica ou traumas em geral, sintomas decorrentes da hipercalcemia e da hiperglicemia, linfedema, tosse e secreções, síndrome de compressão medular, infecções, obstrução de vias aéreas superiores, insuficiência respiratória e sintomas decorrentes da compressão de veia cava^{7,8}.

De forma geral, diante de uma emergência nesse grupo de pacientes, os profissionais de saúde devem estar atentos a alguns fatores:

- A natureza da emergência.
- A condição física geral do paciente anteriormente ao evento.
- O estágio da doença e do prognóstico.
- A gravidade dos sintomas.
- Os riscos e benefícios relacionados à intervenção terapêutica a ser oferecida no caso.

Após avaliação dos pacientes, diferentes atividades podem ser realizadas pela equipe interdisciplinar no serviço de pronto atendimento (Quadro 6).

Quadro 6 – Atividades realizadas pela equipe interdisciplinar no serviço de pronto atendimento

ENFERMAGEM	
<ul style="list-style-type: none"> • atendimentos clínicos • teleatendimento • aspiração de vias aéreas superiores • punções (venosas, subcutâneas, ativação e manutenção de cateter venoso central totalmente implantado) • coleta de sangue arterial • coleta de hemoculturas • auxílio ao médico em procedimentos • posicionamento e desobstrução de cateter nasoenteral, troca de cateter de gastrostomia • passagem de cateterismo vesical de alívio ou de demora • auxílio à equipe interprofissional, estabelecendo prioridades para cada paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • retirada manual de fecaloma ou enterólise • avaliação de colostomia, urostomia ou cistostomia (esvaziamento e ou troca de bolsa adequada ou curativos) • realização de curativos • avaliação do grau de odor • contenção de sangramentos • retirada de pontos • curativo de gastrostomia e jejunostomia • desbridamento de tecido desvitalizado • retirada de miíase de feridas tumorais e orifícios de traqueostomia • preparo do corpo após óbito • instrução a pacientes, familiares e cuidadores sobre os cuidados de saúde necessários e a utilização do material fornecido pela Instituição
MÉDICOS	
<ul style="list-style-type: none"> • atendimentos clínicos • teleatendimentos • paracentese • toracocentese • traqueostomia • suturas em geral • intervenções em sangramentos em lesões tumorais • auxílio à equipe interprofissional, estabelecendo prioridades para cada paciente • se necessário, solicitação de avaliações externas especializadas para controle de sintomas 	<ul style="list-style-type: none"> • solicitação de internação hospitalar quando pertinente • fornecimento de atestado de óbito para pacientes que foram a óbito em domicílio, nos casos em que os familiares trouxerem declaração carimbada e assinada por médico que tenha atestado o óbito • fornecimento de orientações dos trâmites de óbito para os familiares ou cuidadores • para pacientes que retornam aos seus domicílios, elaboração de prescrição medicamentosa para controle dos sintomas com medicação suficiente até o novo atendimento ambulatorial ou domiciliar

continua

continuação

NUTRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Prescrição e solicitação da dieta (oral ou enteral) para consumo no local de acordo com os horários das refeições preestabelecidos (desjejum, almoço, jantar e ceia) • Orientação para o familiar ou cuidador quanto às necessidades nutricionais e condições clínicas do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Se necessário, fazer as orientações nutricionais e prescrever a conduta dietoterápica para uso em domicílio • Para pacientes em uso de TNE, pode haver o fornecimento de materiais para esse fim em quantidades suficientes até o novo atendimento ambulatorial ou domiciliar
FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento a demandas diversas identificadas por médicos e enfermeiros 	

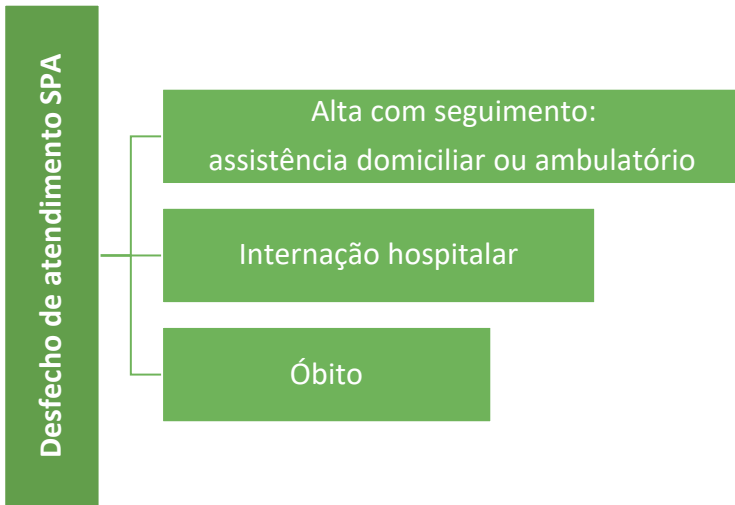
Fonte: Elaboração INCA.

Legenda: TNE: terapia nutricional enteral.

Com a resolução dos problemas emergenciais, o paciente deve ser liberado para o retorno ao domicílio para seguimento do acompanhamento no processo de origem (atendimento ambulatorial ou assistência domiciliar). Cabe destacar que a observação clínica não deve ser maior do que oito horas. Após esse período, havendo indicação, considerar a internação do paciente.

Os possíveis desfechos do atendimento no serviço de pronto atendimento são demonstrados na Figura 5.

Figura 5 – Desfechos de pacientes atendidos no serviço de pronto atendimento



Fonte: Elaboração INCA.

Legenda: SPA: Serviço de pronto atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para bem abordar todas as dimensões do sofrimento dos pacientes em cuidados paliativos oncológicos, os cuidados prestados a esse grupo, incluindo o atendimento emergencial, exigem conhecimento e qualificação técnica^{1,2}. Neste contexto, o serviço de pronto atendimento especializado é um espaço que busca promover o gerenciamento das múltiplas necessidades desse grupo de pacientes e seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. VELASCO, I. T.; RIBEIRO, S. C. C. **Cuidados paliativos na emergência**. [São Paulo]: Manole, 2021.
2. D'ALESSANDRO, M. P. S.; PIRES, C. T.; FORTE, D. (coord.). **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.
3. KARNOFSKY, D. A.; BURCHENAL, J. H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. *In*: MACLEOD, C. M. (ed.). **Evaluation of chemotherapeutic agents**. New York: Columbia Univ Press, 1949. p. 199-205.
4. CUIDADOS paliativos oncológicos - controle de sintomas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 191-211, 2002. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduitas3.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.
5. BRUERA, E. *et al.* The Edmonton Symptom Assessment System (Esas): a simple method for the assessment of palliative care patients. **Journal Palliative Care**, [Thousand Oaks], v. 7, n. 2, p. 6-9, 1991.
6. PAIVA, C. E. *et al.* The brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (Esas) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. **PLoS One**, [San Francisco], v. 10, n. 7, e0132073, July 2015. DOI 10.1371/journal.pone.0132073.
7. CARVALHO, R. T. de.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. atual e ampl. [São Paulo]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.
8. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. (Cadernos CREMESP). Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.



CAPÍTULO 6

DEFINIÇÃO

A dor é considerada uma emergência em cuidados paliativos e é definida como uma experiência sensitiva, subjetiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. As síndromes dolorosas associadas ao câncer podem ser classificadas em agudas ou crônicas, nociceptivas, neuropáticas ou mistas, que podem estar relacionadas a inúmeros fatores¹.

Por sua vez, a dor total é caracterizada pela dor crônica de difícil manejo, abrangendo componentes físicos, psíquicos, sociais e espirituais que revelam a importância da abordagem de todas as dimensões do sofrimento humano no manejo da dor².

A dor pode causar e perpetuar diversos problemas funcionais e prejudicar a qualidade de vida dos pacientes, sendo o principal motivo da procura de atendimento e uma das principais causas de internação hospitalar.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Deve ser realizada uma avaliação para determinação do tipo de experiência dolorosa do paciente, incluindo história detalhada da dor, exame físico e sua quantificação a cada consulta³. Instrumentos como o Esas (Anexo 3) auxiliam na quantificação da dor¹.

Nas síndromes dolorosas crônicas, há adaptação fisiológica por meio da qual os pacientes podem não apresentar sinais de dor (alteração da frequência cardíaca ou da expressão facial).

O uso prévio de analgésicos e de outras terapias, o resultado obtido e a existência de hábito pregresso ou atual de consumo e/ou risco de abuso de drogas lícitas ou ilícitas devem ser pesquisados, assim como a existência de outros sintomas, como fadiga, constipação intestinal, transtornos de humor e alterações do sono¹.

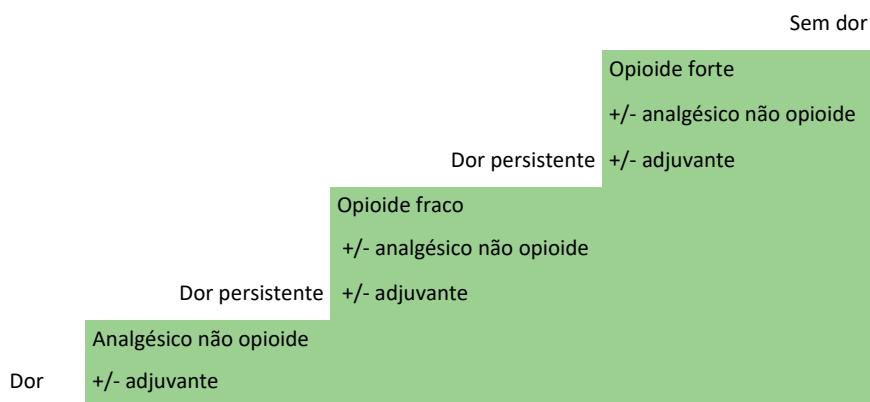
ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica da dor na Unidade de Cuidados Paliativos do INCA é instituída por equipe interprofissional, com os destaques a seguir.

Farmacológica

A escada analgésica é um guia útil e ressalta a importância do tratamento multimodal⁴. Cabe destacar que não é necessária a falha para subir para o degrau seguinte.

Figura 6 – Escada analgésica proposta pela Organização Mundial da Saúde



Fonte: Adaptado da OMS⁴.

A morfina é o opioide forte de escolha para tratamento inicial no terceiro degrau⁴. O tipo de dor guiará a escolha da medicação. O manejo da dor neuropática deve incluir antidepressivos e anticonvulsivantes e considerar o rodízio para metadona ou oxicodona. O Quadro 7 lista os medicamentos com ação analgésica e suas doses^{3,5-7}.

Quadro 7 – Medicamentos analgésicos, opioides e adjuvantes para o controle da dor

		Dose inicial	Dose máxima	Observação
Analgésicos comuns				
	Dipirona	500 mg 6/6 h	6 g/dia	VO, via intravenosa ou via SC
	Paracetamol	500 mg 6/6 h	4 g/dia	VO
Analgésicos opioides^a				
Opioides fracos	Codeína	15 mg 6/6 h	360 mg/dia	VO
	Tramadol	50 mg 6/6 h	400 mg/dia	VO ou via intravenosa
Opioides fortes	Morfina ^b	5 mg VO 4/4 h 1 mg intravenoso 4/4 h	Sem dose teto	VO, via intravenosa ou via SC
	Metadona ^c	2,5 mg VO 12/12 h 1 mg via SC 12/12 h	Sem dose teto	Via SC ou VO
	Oxicodona	10 mg VO 12/12 h	Sem dose teto	VO (não macerar)
	Fentanil transdérmico ^c	12 mcg/h	Sem dose teto	Trocar a cada 3 dias
Adjuvantes				
Relaxante muscular	Baclofeno	5 mg VO 3 x/dia	60 mg/dia	
Antidepressivos	Amitriptilina ^c	25 mg 1 x/dia (10 mg em idosos)	300 mg/dia	Dose analgesia usual até 50 mg/dia
	Venlafaxina	75 mg 1 x/dia	300 mg/dia	
	Sertralina	50 mg 1 x/dia	100 mg	

continua

continuação

Anticonvulsivantes	Gabapentina	30 mg 2 x/dia	3.600 mg/ dia	Titulação 5/5 dias
	Pregabalina	75 mg 1 x/dia	600 mg/ dia	Titulação 5/5 dias
	Carbamazepina ^d	20 mg 2 x/dia	1.600 mg/ dia	

Fonte: Bennett³; Wood⁵; Lara-Solares⁶; National Comprehensive Cancer Network⁷.

Legendas: SC: Subcutânea; VO: Via oral.

^aLaxante é necessário na maioria dos pacientes em uso de opioide para evitar constipação.

^bA morfina de liberação lenta deve ser usada de 12 em 12 horas, sem abrir a cápsula.

^cTitulação pelo menos a cada 72 horas; melhor efeito analgésico entre os antidepressivos listados, iniciando efeito no 4º dia.

^dMenor efeito analgésico entre os anticonvulsivantes.

O uso de anti-inflamatórios na dor crônica precisa ser realizado com cautela face a seus inúmeros efeitos colaterais e à necessidade de uso por período prolongado⁵. A dexametasona também é considerada adjuvante e tem destaque no controle da dor óssea e na fase final de vida (Capítulo 12). Os neurolépticos modulam a percepção da dor e são eficazes especialmente em situações com componente emocional da dor exacerbada. Lidocaína venosa e cetamina podem ser utilizadas em casos refratários.

Outros medicamentos não padronizados na unidade merecem ser mencionados: nortriptilina (dose de 25 a 125 mg por dia, efeito analgésico usualmente até 75 mg por dia), duloxetina (de 30 a 120 mg por dia, efeito analgésico até 60 mg por dia), buprenorfina transdérmica (dose inicial 5 mcg por hora, troca do adesivo a cada 7 dias) e a lidocaína tópica.

Episódios intermitentes de dor ocorrem apesar do controle da dor basal contínua (dor incidental). Para o controle da dor aguda, é fundamental o uso de morfina de ação rápida em dose adequada. Administrar a dose de resgate, ou SOS, que pode ser repetida a cada intervalo de tempo de acordo com a via de administração, mantendo as doses horárias. Por exemplo: um paciente em uso de 90 mg de morfina por via oral, de quatro em quatro horas, chega à emergência com dor. A dose mínima inicial de morfina para esse paciente é 45 mg para via oral, que pode ser repetida de uma em uma hora até alívio da dor (se por via intravenosa ou subcutânea, dose mínima de 15 mg, podendo ser repetida de 30 em 30 minutos).

Para a dor, ao final de efeito da última dose de morfina (dor fim de dose), esta deve ser aumentada em de 25 a 50% da dose horária caso haja tolerância.

Quando o paciente não apresenta boa resposta analgésica ou quando apresenta efeitos colaterais intoleráveis pelo opioide prescrito, o rodízio de opioide deve ser considerado⁸. Inicialmente, determinam-se a dose diária total do opioide em uso, a medicação basal de longa duração e todas as doses de resgate usadas nas 24 horas anteriores. Vale destacar que as tabelas de conversão equianalgésicas são apenas diretrizes que orientam as dosagens, sendo necessário julgamento clínico para a individualização das doses. Por exemplo, ao trocar o opioide, as doses equianalgésicas calculadas devem ser reduzidas em de 25 a 50% do valor calculado por causa do fenômeno de tolerância cruzada incompleta.

A maioria dos pacientes com câncer obtém alívio da dor com analgésicos sistêmicos. Métodos intervencionistas invasivos podem ser realizados em qualquer etapa do tratamento, com intuito de suspender ou reduzir a dose de medicamentos analgésicos.

Não farmacológica

A resposta individual à dor tem relação estreita com o significado com o qual essa experiência é revestida para cada pessoa, imbuída de seus valores pessoais. Le Breton⁹ afirma sobre isso que

[...] toda dor envolve uma dimensão moral, um questionamento da relação do indivíduo com o mundo. [...] A dor sentida não é, pois, um simples fluxo sensorial, mas uma percepção que suscita primeiro a questão da relação do indivíduo com o mundo e da experiência acumulada a esse respeito⁹.

A dor é, portanto, não apenas sentida, mas também avaliada, gerando uma percepção individual privada e privativa de cada pessoa sobre sua própria experiência dolorosa.

Devem ser investigados aspectos emocionais, cognitivos e psicossociais diante do diagnóstico oncológico, bem como as reações emocionais e comportamentais da pessoa quanto ao processo de adoecimento e tratamento, e diante da perspectiva prognóstica. É importante explorar as crenças, os medos, as fantasias e as expectativas relativas à doença, à dor e ao tratamento, identificando crenças que permitem uma melhor ou pior adaptação ao tratamento, o que possibilita a elaboração de uma estratégia terapêutica mais eficiente. Junto

a isso, devem ser analisadas experiências prévias da pessoa com situações de adoecimento e dor, o que inclui avaliar a experiência atual da dor e seu impacto em sua vida, visando a analisar o significado dela na sua história pessoal.

Cabe também avaliar questões que influenciam na adesão terapêutica. A intervenção junto à pessoa com dor deve ser individualizada e seus objetivos incluem identificar e favorecer o desenvolvimento de recursos de enfrentamento específicos e pessoais para lidar com sua dor, além de promover uma atuação educativa tanto para essa pessoa quanto para seus familiares, visando a torná-los agentes do autocuidado e a favorecer sua autonomia nas tomadas de decisões sobre o tratamento.

Para abordagem à pessoa com dor, há recursos técnicos oriundos de diferentes abordagens teóricas da psicologia ou mesmo de outras disciplinas, mas cuja diversidade apenas contribui para aproximar de forma mais integral esses profissionais das necessidades da pessoa adoecida. Estão entre esses recursos, práticas psicoeducativas, sejam individuais sejam em grupo, psicoterapia de apoio, técnicas de relaxamento, distração e imaginação dirigida, que podem, inclusive, ser ensinadas para que a pessoa e seus familiares tenham autonomia no manejo dos recursos que melhor se adaptem às suas necessidades individualizadas de cuidado.

Partindo de uma perspectiva que adota o conceito de “dor total”, fala-se em dor social, sendo essa uma expressão da questão social. Entende-se por questão social o conjunto das expressões que definem as desigualdades sociais no país, como a crise habitacional urbana, a crise na área da saúde pública, na assistência social, o aumento do desemprego, a degradação do trabalho e a distribuição desigual de renda, entre outros. A dor social exige a aptidão da equipe para formular estratégias, gerenciar recursos sociais e encaminhar o paciente para os serviços necessários. Com o conhecimento preciso sobre a situação socioeconômica do paciente, acionam-se os serviços disponíveis e as redes de suporte, contribuindo para um processo de finitude digno¹⁰.

O tratamento fisioterapêutico contribui para o conforto e a qualidade de vida dos pacientes para proporcionar a otimização da funcionalidade e a volta do convívio social^{11,12}. Dentro do arsenal terapêutico (Quadro 8) que pode ser oferecido para coadjuvância do tratamento da dor, podem ser utilizados meios físicos como a termoterapia e a eletroterapia (por exemplo, a estimulação elétrica nervosa transcutânea) que têm como objetivo analgesia, relaxamento muscular e facilitação da mobilidade articular e da funcionalidade¹²⁻¹⁴. O uso bem indicado dos recursos terapêuticos manuais, assim como da cinesioterapia, vem demonstrando efetividade na prevenção da síndrome de imobilismo observada em pacientes com dor crônica. Podem

ser prescritos ainda a adaptação de órteses e auxiliares de marcha e a realização de terapias integrativas e complementares, como é o caso da acupuntura e da auriculoterapia, que já são bem descritas na literatura para o auxílio do manejo do paciente com dor oncológica¹⁵.

Quadro 8 – Recursos terapêuticos fisioterápicos para manejo da dor

Recursos	Ação	Comentários
Termoterapia superficial	Método de transferência de calor em que o movimento cinético de átomos e moléculas de um objeto é passado para outro (por exemplo, bolsa de água quente)	O objetivo é promover relaxamento muscular interferindo no ciclo dor-espasmo-dor que pode ocorrer por compressão de estruturas neuromusculares em cânceres avançados
Estimulação elétrica nervosa transcutânea	Método muito utilizado para induzir analgesia por meio de estímulos elétricos funcionais	A analgesia é proporcionada por causa de duas teorias: da comporta espinhal e da liberação de opioides endógenos (por exemplo, betaendorfina, dinorfina, metencefalina e leucentalina)
Recursos terapêuticos manuais	Complemento muito usado e eficaz no manejo da dor oncológica	A manipulação dos tecidos moles do corpo produz efeitos benéficos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso
Cinesioterapia	Ferramenta profícua na reabilitação dos pacientes oncológicos	Vários tipos de exercícios físicos estão disponíveis, conforme a gravidade do déficit funcional, com o intuito de evitar a síndrome do imobilismo que a dor oncológica pode provocar
Adaptação de órteses	Para alívio de cargas no aparelho axial e apendicular	Os efeitos biomecânicos proporcionados dão suporte ao aparelho locomotor, facilitando sua estabilização e auxiliando no alívio da dor

Fonte: Bueno¹²; Florentino¹⁴; Sampaio¹³.

REFERÊNCIAS

1. DESANTANA, J. M. *et al.* Definição de dor revisada após quatro décadas. **BrJP**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 197-198, jul./set. 2020. DOI 10.5935/2595-0118.20200191.
2. SAUNDERS, C. Caring to the end. **Nursing Mirror**, [S. l.], v. 4, p. 43-47, 1980.
3. BENNETT, M. I. *et al.* Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. **European Journal of Pain**, Chichester, v. 23, n. 4, p. 660-668, Apr 2019. DOI 10.1002/ejp.1346.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/publications/nccp2002/en/>. Acesso em: 31 mar. 2021.
5. WOOD, H. *et al.* Updates in palliative care - overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. **Clinical Medicine**, London, v. 18, n. 1, p. 17-22, Feb 2018. DOI 10.7861/clinmedicine.18-1-17.
6. LARA-SOLARES, A. *et al.* Latin-American guidelines for cancer pain management. **Pain Manag**, [London], v. 7, n. 4, p. 287-298, July 2017. DOI 10.2217/pmt-2017-0006.
7. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **NCCN Guidelines for Supportive Care. Adult cancer pain: NCCN guidelines**. [Rockledge, PA]: NCCN, 2020.
8. SAMPAIO, S. G. S. M.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P. Rodízio de opioides: uma análise descritiva. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, e-011179, abr./jun. 2021. DOI 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n2.1179.
9. LE BRETON, D. **Antropologia da dor**. São Paulo: FAP-Unifesp, 2013. p. 16.
10. FROSSARD, A. G. S.; AGUIAR, A. B.; FONSECA, D. Questão social e cuidados paliativos oncológicos: estratégias de intervenção do Serviço Social na dor social. **SeSo em Perspectiva**, Montes Claros, v. 4, p. 562-572, mar. 2020. Edição especial.
11. MENDES, E. C.; SANTOS, A. P. M. B. Por uma ética do cuidado em busca da “boa morte”. In: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Os tempos no hospital oncológico**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. p. 137-142. (Cadernos de Psicologia, n. 3). Disponível em:

- <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//caderno-de-psicologia-3.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.
12. BUENO, C. S. *et al.* Uso de meios físicos. *In*: BRITO, C. M. M. *et al.* (ed.). **Manual de reabilitação em oncologia do ICESP**. São Paulo: Manole, 2014. p. 124.
 13. SAMPAIO, L. R.; MOURA, C. V. M; RESENDE, M. A. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 339-346, out./dez. 2005.
 14. FLORENTINO, D. *et al.* A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 50-57, 2012.
 15. HE, Y. *et al.* Clinical evidence for association of acupuncture and acupressure with improved cancer pain: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Oncology**, [Chicago], v. 6, n. 2, p. 271-278, Feb 2020. DOI 10.1001/jamaoncol.2019.5233.

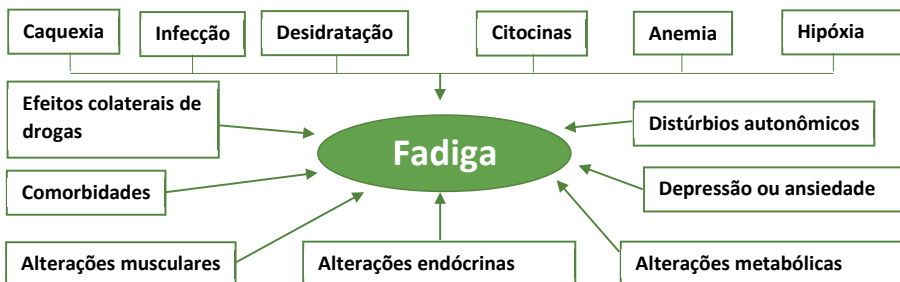


CAPÍTULO 7

DEFINIÇÃO

De acordo com Consenso Brasileiro de Fadiga¹, trata-se de uma sensação subjetiva e persistente de cansaço, exaustão física, emocional e/ou cognitiva, desproporcional à atividade recente, que não melhora com repouso e sono e que interfere nas atividades de vida cotidiana. Na fase mais avançada da doença oncológica, a fadiga chega a atingir até 99% dos pacientes. Embora seja um sintoma frequente em diversas doenças, neste capítulo, será abordada a fadiga relacionada ao câncer. Há consenso de que seja um sintoma multicausal, como demonstrado na Figura 7.

Figura 7 – Modelo teórico de causalidade da fadiga



Fonte: Consenso Brasileiro de Fadiga¹.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Para avaliação da fadiga, é importante quantificar o sintoma pelo Esas (Anexo 3) e avaliar a funcionalidade do paciente pelo KPS (Anexo 2). Os quadros que podem causar ou agravar a fadiga devem ser investigados, como depressão, *delirium*, sonolência, redução da força muscular ou descondicionamento, anemia, disfunção autonômica, distúrbio hidroeletrólítico ou hormonal (hipotireoidismo, hipogonadismo masculino e insuficiência adrenal), disfunção orgânica (cardíaca, pulmonar, renal), distúrbios do sono ou nutricional, dor mal controlada, polifarmácia (efeito colaterais cumulativos e/ou interação droga-droga)².

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Os objetivos da abordagem terapêutica da fadiga são: minimizar a sensação de cansaço relacionado à fadiga oncológica e melhorar a tolerância aos esforços e otimizar a funcionalidade. O manejo da fadiga é um desafio para os profissionais da saúde. Dessa forma, sua abordagem na Unidade de Cuidados Paliativos do INCA envolve a terapia farmacológica e a não farmacológica instituída por equipe interprofissional, com os destaques a seguir.

Farmacológica

Embora sem certeza de eficácia, os psicoestimulantes parecem ser os medicamentos que apresentam melhor efeito benéfico no manejo farmacológico da fadiga³⁻⁵. Metilfenidato usualmente na dose de 10 a 20 mg ao dia (dose inicial 5 mg ao dia e máxima 40 mg ao dia, evitando uso noturno) ou modafinila 200 mg ao dia (dose inicial 100 mg ao dia e máxima 400 mg ao dia) são utilizados. Dexametasona (8 mg ao dia) e megestrol (de 160 a 1.600 mg ao dia) podem oferecer benefício.

Não farmacológica

Para o alcance dos objetivos da terapêutica não farmacológica, os profissionais de saúde, no momento de suas visitas aos pacientes, devem conversar com eles e incluir o familiar ou cuidador no diálogo. Isso se faz necessário pela atuação do familiar ou cuidador como parceiro, fonte de informações e colaborador nos cuidados, e por também necessitar de cuidados, já que a vivência do sofrimento advindo do sintoma não se limita apenas ao paciente⁶. A educação do paciente e familiares quanto ao sintoma e objetivos dos cuidados é fundamental para a adesão e o sucesso do plano de cuidados⁷.

A fadiga contribui para que o paciente apresente dificuldades na realização de atividades de vida diárias, incluindo as de autocuidado. Para o manejo dessa dificuldade, ele deve ser orientado sobre como gerenciar seus níveis de energia e preservar sua autonomia o máximo possível, com priorização de atividades, equilíbrio entre atividades e repouso, solicitando ajuda para as atividades que não consegue realizar sem auxílio⁸. Os prejuízos na autonomia e nas atividades de vida diárias gerados pela fadiga podem acarretar exacerbação da ansiedade por conta da dependência e o comprometimento da qualidade de vida dos pacientes.

O estímulo à ingestão hídrica adequada na prevenção da desidratação e a promoção da alimentação com ingestão adequada de energia e nutrientes, por meio de planejamento alimentar, com possibilidade de suplementação nutricional especializada (a depender de condições clínicas, prognósticas e bioéticas), podem auxiliar no manejo da fadiga.

A insônia é uma queixa frequente dos pacientes em cuidados paliativos e contribui para a instalação ou agravamento da fadiga. Assim sendo, as intervenções da equipe, para o paciente e cuidador, visam ao alívio direcionado à fadiga para o primeiro e à melhoria do sono para ambos. Para tanto, as medidas de educação dos hábitos relacionados à saúde e ao comportamento, que sejam benéficos ao sono e à higiene do sono, devem ser utilizadas, com reforço especial para as seguintes: descansar durante o dia sem, necessariamente, dormir; a noite mal dormida não deve ser compensada com horas de sono diurno; manter-se ocupado, com as atividades diárias e outras consideradas agradáveis, pois ajuda a vencer a sonolência e a evitar os cochilos de longa duração; desviar o pensamento de problemas e pendências, pois ajuda a evitar a insônia^{1,2,6}. De forma complementar, são passíveis de ajustes, os estímulos do ambiente hospitalar e o desenrolar das rotinas noturnas dos profissionais de enfermagem, as quais contribuem para que o paciente e cuidador tenham dificuldade de dormir à noite.

Para o manejo da fadiga, os pilares da atuação fisioterapêutica são os exercícios ativos livres ou resistidos e aeróbicos, as medidas de conservação de energia, a utilização dos dispositivos de marcha e as adaptações em domicílio.

Os exercícios ativos livres, resistidos e aeróbicos são direcionados para os pacientes que apresentam KPS maior ou igual a 50% e/ou fadiga com intensidade de leve a moderada e prescritos e orientados individualmente. Inicialmente, priorizam-se os exercícios ativos com poucas repetições, progredindo-se com carga leve. É indispensável a continuidade dos exercícios em domicílio; para que isso ocorra, o paciente recebe uma cartilha explicativa. Recomendam-se os exercícios aeróbicos (caminhadas, esteiras, bicicletas) por pelo menos duas vezes por semana, no próprio domicílio ou próximo a ele, por até 30 minutos diários, podendo dividir esse tempo ao longo do dia^{9,10}.

Quando a fadiga é mais restritiva, geralmente KPS menor ou igual a 40% e/ou fadiga intensa, é necessário acolher o paciente e conversar a respeito de suas necessidades, entender suas expectativas em relação à sua capacidade funcional e fornecer orientações que o possibilitem manter ou adaptar suas atividades de vida diárias. As medidas de conservação de energia e adaptações em domicílio são estratégias que favorecem a manutenção das funções e, de alguma forma, incentivam o paciente a manter-se ativo. A intenção delas é propor um equilíbrio entre o descanso e a atividade e aconselhar o paciente a organizar suas atividades de vida diárias ao longo da semana. Atividades que não são essenciais devem ser delegadas ou eliminadas, direcionando a energia para tarefas que realmente são importantes e prazerosas². Além das estratégias das medidas de conservação de energia, é possível utilizar os dispositivos auxiliares de marcha (bengalas, muletas e andadores) para diminuir a carga dos membros inferiores e viabilizar a deambulação com alguma autonomia e menor risco de quedas.

REFERÊNCIAS

1. CONSENSO brasileiro de fadiga. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, [São Paulo], v. 3, n. 2, p. 31, 2010. Suplemento 1. Disponível em: https://nutritotal.com.br/pro/wp-content/uploads/sites/3/2011/07/219-consenso_fadiga.pdf. Acesso em: 31 mar. 2021.
2. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. NCCN Guidelines for Supportive Care. **Cancer-related fatigue: NCCN guidelines**. [Rockledge, PA]: National Comprehensive Cancer Network, 2020.
3. MOHANDAS, H. *et al.* Cancer-related fatigue treatment: an overview. **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, [Mumbai], v. 13, n. 6, p. 916-929, Oct/Dec 2017. DOI 10.4103/jcrt.JCRT_50_17.
4. MÜCKE, M. *et al.* Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care: executive summary of a Cochrane Collaboration systematic review. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, [Berlin], v. 7, n. 1, p. 23-27, Mar 2016. DOI 10.1002/jcsm.12101.
5. WANG, X. S.; WOODRUFF, J. F. Cancer-related and treatment-related fatigue. **Gynecologic Oncology**, [New York], v. 136, n. 3, p. 446-452, Mar 2015. DOI 10.1016/j.ygyno.2014.10.013.
6. MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In*: CARVALHO, R. T. de.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. atual e ampl. [São Paulo]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.
7. MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.
8. PERDIGÃO, M. M. de M. *et al.* Tecnologia educativa para manejo da fadiga relacionada à quimioterapia antineoplásica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 6, p. 1596-1602, nov./dez. 2019. DOI 10.1590/0034-7167-2018-0505.
9. DITTUS, K. L.; GRAMLING, R. E.; ADES, P. A. Exercise interventions for individuals with advanced cancer: a systematic review. **Preventive Medicine**, [S. l.], v. 104, p. 124-132 Nov 2017. DOI 10.1016/j.ypmed.2017.07.015.
10. EYIGOR, S.; AKDENIZ, S. Is exercise ignored in palliative cancer patients?. **World Journal Clinical Oncology**, [Pleasanton], v. 5, n. 3, p. 554-559, Aug 2014. DOI 10.5306/wjco.v5.i3.554.



CAPÍTULO 8

NÁUSEAS, VÔMITOS E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

DEFINIÇÃO

Vômito é a expulsão do conteúdo gástrico pela boca, mediado por alterações no sistema nervoso central em coordenação com a musculatura diafragmática e abdominal. Já a náusea é acompanhada por sensação de necessidade de vomitar, tem domínios cognitivos, emocionais e subjetivos¹, podendo estar associada à taquicardia, à perspiração, à tontura, à palidez, à salivação excessiva e à fraqueza².

A constipação intestinal é estabelecida como o movimento lento das fezes por meio do intestino grosso, resultando na irregularidade da evacuação, passagem de fezes ressecadas e endurecidas³, podendo provocar dor, cólicas, anorexia, impactação fecal, ruptura intestinal e até mesmo sepse⁴.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Náuseas e vômitos

Podem ser oriundos de tratamentos radioterápicos, quimioterápicos, medicações ou consequência da própria doença avançada⁵. Na anamnese, devem-se considerar: frequência, início, comprometimento do sistema nervoso central, possibilidade de suboclusão ou obstrução intestinal e adesão ao tratamento terapêutico⁶.

Para melhor avaliação das náuseas, recomenda-se a aplicação do Esas (Anexo 3), que quantifica os sintomas de 0 (ausência do sintoma) a 10 (intensidade máxima). Com relação aos vômitos, é pertinente dar importância às características do material eliminado: bilioso, fecaloide, em jato ou hematêese.

Constipação intestinal








Suas possíveis causas são: infecção viral ou bacteriana, sequelas do tratamento antineoplásico (disfunção, obstrução, síndrome de compressão medular – SCM), causas metabólicas, presença de fissuras anais ou

hemorroidas, baixa ingestão de líquidos e fibras, atividade funcional reduzida, fatores ambientais, uso de medicamentos, como opioides, antidepressivos tricíclicos ou antibióticos⁷.

A investigação do sintoma deve contemplar perguntas como: qual frequência, quantidade e consistências das fezes? Qual o dia da última função intestinal? A evacuação vem associada à dor abdominal ou a cólicas? Há presença exacerbada de flatos e de sensação de evacuação incompleta? Qual a consistência da dieta consumida habitualmente? Utiliza alimentos ricos em fibras? A ingestão desses alimentos melhora o hábito intestinal? Quantos copos de água consome por dia? Tem o hábito de ingerir sucos ou chás? Faz uso de alguma medicação laxativa? O uso desses fármacos melhorou o hábito intestinal? Faz uso de medicação opioide e antidepressivos tricíclicos? Possui SCM?⁸.

A escala de Bristol⁹ (Quadro 9), empregada no diagnóstico e monitoramento da constipação intestinal, consiste em sete imagens que ilustram as fezes de acordo com a consistência, forma e características, representando exemplos e descrições facilmente reconhecíveis. Ao ser apresentado a essa escala, o paciente deve selecionar o tipo que mais se assemelha às suas fezes⁹.

Quadro 9 – Escala de Bristol para determinação da consistência das fezes

	Bristol 1	Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair)
	Bristol 2	Formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas
	Bristol 3	Formato de linguiça, com pequenas rachaduras na superfície
	Bristol 4	Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia
	Bristol 5	Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair)
	Bristol 6	Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares
	Bristol 7	Totalmente líquida, sem pedaços sólidos

Fonte: Martinez e Azevedo⁹.

A avaliação do paciente deve contemplar ainda o exame físico. É importante considerar fatores que contraindicam o exame retal como neutropenia e/ou trombocitopenia e sensibilidade cultural do paciente.

Os exames laboratoriais, por si só, não estão indicados, exceto para identificar fatores como hipercalemia e diabetes, ou para avaliar riscos de intervenções⁷. Nesse serviço, a tomografia computadorizada de abdômen é utilizada para elucidação diagnóstica, na dependência da funcionalidade do paciente.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica desses sintomas na Unidade de Cuidados Paliativos do INCA envolve a terapia farmacológica e a não farmacológica, instituída por equipe interprofissional, com os destaques a seguir.

Farmacológica

A abordagem farmacológica desses três sintomas está descrita no Quadro 10.

Quadro 10 – Fármacos utilizados para tratamento de náuseas, vômitos e constipação

Fármacos	Indicação	Dose
Náuseas e vômitos		
Bromoprida	Antiemético e regulador da motilidade gástrica	Até 60 mg/dia
Metoclopramida	Antiemético e estimulante do peristaltismo	10 mg/dose Até 30 mg/dia
Escopolamina	Antiespasmódico	20 mg/dose até 3 x/dia
Ondansetrona	Antiemético	4 ou 8 mg/dose
Haloperidol	Antiemético	1-2 mg/dose 2 x/dia
Hidróxido de alumínio	Antiácido	600 mg/dose 5-6 x/dia
Omeprazol/ Esomeprazol	Bloqueador de bomba de prótons	40 mg/dia a 80 mg/dia
Simeticona	Antiflatulência e distensão abdominal	Até 500 mg/dia
Domperidona	Antiemético e estimulador do peristaltismo	10-20 mg/dose 3-4 x/dia

continua

continuação

Constipação		
Lactulose	Laxante (escolha em casos de encefalopatia hepática)	Até 90 ml/dia
Bisacodil	Laxante	10-15 mg/dose 1 x/dia
Óleo mineral	Laxante	15-45 ml/dia 1-2 x/dia
Clister glicerinado	Laxante	250-500 ml/vez até obter o efeito desejado
Fosfoenema	Laxante	100 ml/vez até obter o efeito desejado

Fonte: Pedroso¹⁰.

Os fármacos procinéticos não devem ser indicados em caso de obstrução intestinal maligna (OIM)⁵ (Capítulo 14). Vale ressaltar que é necessária a eliminação de fezes impactadas antes de se iniciar laxantes orais⁷.

Não farmacológica

MANEJO DOS CUIDADOS

*Náuseas e vômitos*¹¹

- Fazer higiene oral adequada, sendo reforçada após os episódios eméticos.
- Manter a cabeceira elevada após as refeições por, no mínimo, 30 minutos.
- Atentar para medicações que alteram paladar, como alguns antibióticos, antidepressivos, antifúngicos ou anticonvulsivantes.
- Movimentar o paciente lentamente, evitando movimentos bruscos.
- Controlar os fatores ambientais capazes de provocar a náusea, como certos odores, sons e estimulação visual desagradável.
- Considerar o posicionamento de sonda nasogástrica (SNG) em sifonagem.
- Considerar a realização de paracentese de alívio na presença de ascite.

*Constipação intestinal*²

- Estimular a deambulação e, caso não seja possível, a realização de exercícios no leito.
- Avaliar a área perianal (presença de fissuras, escoriações ou hemorroidas).

- Orientar que a posição semiagachado (acocorar-se) maximiza o uso dos músculos abdominais e a força da gravidade.
- Tentar reorganizar o horário para evacuar (aproveitar o efeito gastrocólico após as refeições).
- Atentar para a manutenção da privacidade e diminuir constrangimentos durante a hospitalização, evitando assim que o paciente ignore a urgência de evacuar.
- Realizar toque retal para averiguar presença de fecaloma.

MANEJO NUTRICIONAL

*Náuseas e vômitos*¹²

- Estimular a realização de refeições de pequenos volumes, com maior fracionamento.
- Preferir preparações alimentares em temperatura ambiente ou alimentos frios.
- Sugerir o consumo de raspadinha de gelo ou gelo em cubos 40 minutos antes das refeições.
- Indicar o consumo de alimentos com baixo teor de lipídeos.
- Preferir sucos ou picolés de frutas cítricas.
- Avaliar uma pausa alimentar de curta duração, mantendo apenas dieta líquida, ou até mesmo a suspensão da dieta por um período.
- Nos casos de dieta enteral, prescrever fórmulas de volume reduzido e/ou diminuir a velocidade de infusão.

*Constipação intestinal*¹²

- Prescrever o consumo de alimentos ricos em fibras.
- Considerar a adição de módulo de fibras (mix de fibras solúveis e insolúveis) na dieta oral ou enteral.
- Estimular ingestão hídrica e de líquidos em geral.

REFERÊNCIAS

1. WICKHAM, R. J. Nausea and vomiting: a palliative care imperative. **Current Oncology Reports**, [Philadelphia], v. 22, n. 1, p. 1, 2020. DOI 10.1007/s11912-020-0871-6.
2. POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
3. LARKIN, P. J. *et al.* Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. **Annals of Oncology**: oficial jornal of the European Society for Medical Oncology, [London], v. 29, p. iv111-iv125, Oct 2018. Supplement 4. DOI 10.1093/annonc/mdy148.
4. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 2 v.
5. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
6. CONSENSO brasileiro de náuseas e vômitos. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, [São Paulo], v. 3, n. 3, p. 1-15, 2011. Suplemento 2. Disponível em: <https://nutritotal.com.br/pro/wp-content/uploads/sites/3/2011/08/222-ConsensoNauseaVomito.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.
7. WICKHAM, R. J. Managing constipation in adults with cancer. **Journal of the Advanced Practitioner in Oncology**, [Cold Spring Harbor], v. 8, n. 2, p. 149-161, Mar 2017.
8. CONSENSO brasileiro de constipação intestinal induzida por opioides. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, [São Paulo], v. 2, n. 3, p. 1-40, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/francielefrc/files/2019/06/consenso-brasileiro-de-constipa%C3%A7%C3%A3o-por-opi%C3%B3ides.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.
9. MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. de. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 583-589, maio/jun. 2012. DOI 10.1590/S0104-11692012000300021.
10. PEDROSO, E. R. P.; OLIVEIRA, R. G. **Blackbook**: clínica médica. 2. ed. Belo Horizonte: Blackbook, 2014.
11. POMPEO, D. A. *et al.* Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato. **Acta Paulista de Enfermagem**,

São Paulo, v. 20, n. 2, p. 191-198, abr./jun. 2007. DOI 10.1590/S0103-21002007000200013.

12. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Consenso de nutrição oncológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2015.



CAPÍTULO 9

DISPNEIA

DEFINIÇÃO

A dispneia é um sintoma que acomete pacientes oncológicos que apresentem ou não envolvimento pulmonar, manifestando-se predominantemente aos esforços, em repouso e na fase de terminalidade da doença e independe de hipoxemia. É caracterizada por sensação subjetiva de desconforto respiratório, contemplando aspectos multidimensionais com o envolvimento de fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais que resultam em uma resposta comportamental^{1,2}.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

É necessário avaliar a intensidade da dispneia, fatores de melhora ou piora e impacto na funcionalidade e qualidade de vida do paciente. No exame físico, devem ser observados frequência respiratória, uso de musculatura acessória, batimento de asa de nariz, tiragem de fúrcula, alterações na coloração da pele (palidez, cianose), edema, ascite, sinais de sarcopenia e ausculta pulmonar alterada.

Além disso, devem-se investigar causas potencialmente reversíveis ou passíveis de controle, conhecer a doença de base do paciente, sua evolução e possíveis complicações. São causas de dispneia potencialmente reversíveis ou passíveis de controle: congestão pulmonar, derrame pleural, obstrução de via aérea, linfangite carcinomatosa, infecção respiratória, hipertensão pulmonar, anemia, tromboembolismo pulmonar, broncoespasmo¹⁻³.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica da dispneia na Unidade de Cuidados Paliativos do INCA envolve a terapia farmacológica e a não farmacológica, instituída por equipe interprofissional, com os destaques a seguir.

Intervencionista e farmacológica

Uma vez identificada uma causa potencialmente reversível, o tratamento específico deve ser instituído. Para procedimentos invasivos, como traqueostomia, toracocentese ou endoprótese, a condição clínica do paciente, o prognóstico da doença de base e o seu desejo e vontade devem ser considerados⁴.

Além disso, alguns fármacos podem ser utilizados (conforme Quadro 11):

- **Opioide:** morfina é a droga de escolha para pacientes com doenças avançadas e dispneia refratária a medidas não farmacológicas (Quadro 8)^{1,5}. Codeína pode ter benefício em quadros leves, mas outros opioides não se mostram eficazes na prática clínica. Reduz a percepção da dispneia pelo sistema nervoso central, tem algum efeito sobre a ansiedade, reduz a sensibilidade à hipercapnia e o consumo de oxigênio, e melhora a função cardiovascular. Podem ser usados nas crises agudas ou no controle de sintomas em pacientes ambulatoriais. A dose deve ser titulada individualmente e conforme a intensidade do sintoma.
- **Benzodiazepínicos:** são medicações de segunda linha para a dispneia, devendo ser associados à morfina quando não obtiver controle adequado em monoterapia. Tem efeito principal no controle da ansiedade (frequentemente associada à experiência de dispneia)⁵.
- **Corticoides:** estão indicados se houver broncoespasmo, linfangite carcinomatosa, obstrução de vias aéreas ou SVCS. Na doença oncológica, a escolha é por dexametasona (de 8 a 16 mg via oral; intravenosa; subcutânea). Deve-se reduzir gradualmente até menor dose efetiva quando apropriado.
- **Furosemida:** usada para congestão pulmonar. Balanços hídricos positivos estão associados à intensificação de sintomas respiratórios, e a redução e/ou suspensão da hidratação parenteral deve ser considerada (conforme função renal). Efeito questionável para linfangite carcinomatosa.
- **Broncodilatores:** auxiliam o manejo do sintoma, especialmente se houver broncoespasmo.
- **Oxigênio:** só há benefício claro em pacientes hipoxêmicos. Uma prova terapêutica para avaliar benefício no controle do sintoma pode ser realizada; manter o uso apenas se amenizar o sintoma. Pacientes com *delirium* ou ansiedade podem ficar mais desconfortável com o uso do dispositivo. A indicação deve considerar a doença de base e o prognóstico².

Quadro 11 – Opioides e benzodiazepínicos para dispneia e posologia

Medicamento	Indicação	Posologia
Opioide		
Morfina	Dispneia leve ou moderada	5 mg VO 4/4 horas (resgate 2,5 mg 2/2 horas)*
	Dispneia grave	2 mg por via intravenosa ou via SC (pode fazer até 30 minutos)*
Codeína	Dispneia leve	30 mg VO 4/4 horas
Benzodiazepínico		
Midazolam		5-15 mg em 24 horas VO, via intravenosa ou via SC#
Lorazepam		0,5-10 mg em 24 horas VO
Diazepam+		5-10 mg 12/12 horas VO

Fonte: Gillon, Clifton¹; Hui *et al*⁵.

Legendas: VO: Via oral; SC: Subcutânea.

* Dose para paciente virgem de opioide. Caso uso prévio de morfina, aumentar até 50% da dose prévia.

Doses baixas podem ser administradas em bólus para controle imediato e observar efeito, como 2 mg pelas vias intravenosa e subcutânea. Pode ser feito intermitente ou infusão contínua.

+ Uso com cautela pela meia-vida longa.

Se a dispneia se tornar um sintoma refratário, a terapia de sedação paliativa (Capítulo 13) deve ser considerada.

Não farmacológica

A equipe interprofissional deve oferecer informações práticas aos pacientes, seus familiares e cuidadores, a fim de validar suas emoções e esclarecer dúvidas quanto a causas, comportamento e aspectos multidimensionais do sintoma. O quadro clínico, o prognóstico e as propostas terapêuticas devem ser discutidos com o paciente e/ou familiares, mediante linguagem clara e esclarecedora⁶.

Medidas de conforto devem ser proporcionadas, como o posicionamento adequado do paciente em leito com cabeceira elevada, ambiente calmo, fresco e arejado. Além disso, deve-se promover o uso de ventilador em mesa na direção da face, de modo a facilitar o resfriamento na região do nervo trigêmeo e modular a sensação da dispneia⁶, e lançar mão do incentivo a atividades de lazer e distração, a técnicas de relaxamento e à abordagem com psicoterapia

para auxiliar no controle das condições emocionais que podem estar associadas ao sintoma.

Pode ser necessária alteração na conduta nutricional. No paciente com alimentação por via oral, por exemplo, deverá haver adaptação da consistência da dieta, redução de volume, oferta de dispositivos apropriados, bem como a garantia de uma posição confortável para facilitar a alimentação, favorecendo, portanto, a sincronia entre a mastigação e a respiração. Em caso de dispneia intensa, a suspensão da dieta pode ser considerada.

Além disso, quanto maior a queixa de dispneia, maior será a dependência funcional, em que se faz necessária a organização da rede de cuidados, definição do processo de assistência a ser seguido, gerenciamento de recursos sociais e encaminhamento do paciente para os serviços necessários. Com o conhecimento preciso sobre a situação socioeconômica do paciente, acionam-se os serviços disponíveis e as redes de suporte.

Orientações sobre medidas de otimização energética contribuem para reduzir o gasto energético e facilitar o desenvolvimento das atividades de maneira que o paciente permaneça o mais autônomo possível. Tais medidas incluem uso de dispositivo auxiliar de marcha ou cadeira de rodas; uso de barras de sustentação nas paredes; alternância entre realização de atividades e repouso; uso de roupão ao invés de toalha para secar-se; e posicionamento de objetos de uso em locais acessíveis⁷. Intervenções fisioterápicas específicas são listadas no Quadro 12.

Quadro 12 – Intervenções fisioterápicas no manejo da dispneia

Dispneia leve a moderada e KPS \geq 50%
Cinesioterapia respiratória, incentivos respiratórios, cinesioterapia motora, treinamento aeróbico (esteira, bicicleta ou cicloergômetro, caminhada livre)
Dispneia leve a moderada e KPS \leq 40%
Posicionamento adequado no leito e fora do leito, facilitação de atividades, medidas ambientais, de conforto e de otimização energética
Técnicas de higiene brônquica
Estímulo à tosse, nebulização com soro, posicionamento para drenagem postural, aspiração vias aéreas superiores ou via aérea artificial
Dispneia intensa/Insuficiência respiratória com causa reversível
VNI no caso de dispneia por causas reversíveis ou com o objetivo de conforto conforme os preceitos da abordagem paliativa. Importante esclarecer a indicação e os objetivos da técnica, o tempo para alcançar os objetivos e saber se podem ser atingidos ou não

Fonte: Velloso e Jardim⁷; Quill e Quill⁸.

Legendas: VNI: Ventilação não invasiva.

Terapias integrativas e complementares, como acupuntura e auriculoterapia, visam a equilibrar o paciente por intermédio de estímulos em pontos específicos do corpo ou do pavilhão auricular com intenção de harmonizar as questões emocionais, como ansiedade e depressão, que podem estar associadas à dispneia⁹.

REFERÊNCIAS

1. GILLON, S.; CLIFTON, I. J. Breathlessness in palliative care: a practical guide. **British Journal of Hospital Medicine**, London, v. 80, n. 2, p. 72-77, Feb 2019. DOI 10.112968/hmed.2019.80.2.72.
2. OLIVEIRA, E. P.; MEDEIROS JUNIOR, P. Cuidados paliativos em pneumologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 46, n. 3, e20190280, 2020. DOI 10.36416/1806-3756/e20190280.
3. PISANI, L. *et al.* Management of dyspnea in the terminally ill. **Chest**, [New York], v. 154, n. 4, p. 925-934, Oct 2018. DOI 10.1016/j.chest.2018.04.003.
4. SAMPAIO, S. G. D. S. M.; MOTTA, L. B. D.; CALDAS, C. P. Value-based medicine and palliative care: how do they converge?. **Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, [London], v. 19, n. 5, p. 509-515, Oct 2019. DOI 10.1080/14737167.2019.1651645.
5. HUI, D. *et al.* Management of dyspnea in advanced cancer: ASCO guideline. **Journal of Clinical Oncology**: official journal of the American Society of Clinical Oncology, Alexandria, VA, JCO2003465, Feb 2021. DOI 10.1200/JCO.20.03465.
6. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. p. 274-291.
7. VELLOSO, M.; JARDIM, J. R. Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 32, n. 6, p. 580-586, nov./dez. 2006. DOI 10.1590/S1806-37132006000600017.
8. QUILL, C. M.; QUILL, T. E. Palliative use of noninvasive ventilation: navigating murky waters. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 17, n. 6, p. 657-661, June 2014. DOI 10.1089/jpm.2014.0010.
9. YAMAMURA, Y. **Acupuntura tradicional**: a arte de inserir. 2. ed. São Paulo: Roca, 2001.



CAPÍTULO 10

DEFINIÇÃO

Delirium, também conhecido como “estado confusional agudo”, é um transtorno neuropsiquiátrico agudo, de curso flutuante, caracterizado por estreitamento da consciência, prejuízo na atenção e alterações cognitivas e sensoperceptivas^{1,2}. Pode ocorrer nas formas hiperativa, hipoativa ou mista. No subtipo hiperativo, é proeminente a agitação, algumas vezes com agressividade e risco de auto e heteroagressão; no *delirium* hipoativo, o paciente apresenta consciência rebaixada, sonolência, letargia, olhar fixo, apatia e discurso raro ou lento. Enquanto a forma hiperativa raramente passa despercebida, o contrário ocorre com a forma hipoativa, que se associa com pior prognóstico³.

Seu quadro clínico é caracterizado por início agudo; curso flutuante durante o dia; déficit de atenção; alteração no nível de consciência; déficit cognitivo (desorientação temporoespacial, comprometimento da memória, do pensamento e juízo); distúrbios da sensopercepção (alucinações ou ilusões, principalmente visuais); alterações psicomotoras (hiper ou hipoatividade); alterações no ciclo sono-vigília e emocionais (labilidade, ansiedade etc.).

Está associado ao mau prognóstico, a internações mais longas, a elevados índices de institucionalização, ao aumento dos custos em saúde e a maiores taxas de morbimortalidade. O impacto emocional não se restringe aos pacientes, atingindo também familiares e cuidadores^{4,5}. Afeta de 10 a 45% dos pacientes internados, sobretudo aqueles com idade avançada, aqueles que sofrem de doenças graves como câncer e/ou os que são submetidos a procedimentos cirúrgicos. Em pacientes terminais, a prevalência chega a 85%⁶.

Fatores predisponentes e precipitantes devem ser identificados (Quadro 13)⁷. A intervenção nos fatores precipitantes pode reduzir incidência e gravidade do quadro.

Quadro 13 – Fatores predisponentes e precipitantes do *delirium*

Fatores predisponentes	Fatores precipitantes
Déficit cognitivo prévio ou demência	Medicamentos prescritos ou polifarmácia
Episódio prévio de <i>delirium</i>	Procedimentos médicos e cirurgias
Sexo masculino	Doenças agudas: infecções, infarto agudo, acidente vascular cerebral, trauma etc.
Idade avançada	Isolamento e imobilidade
Doença mental preexistente	Uso de equipamentos invasivos: cateteres, drenos, sondas
Gravidade da doença de base	Uso de contenção mecânica
Déficit visual e/ou auditivo	Desidratação, desnutrição, falência orgânica (especialmente renal e hepática)
Status funcional ruim	Estímulos nocivos - dor
	Distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos (atenção à hipercalcemia)
	Retenção urinária, constipação (fecaloma)
	Fatores ambientais prejudiciais ao ciclo sono-vigília
	Privação ou distúrbios do sono
	Abuso e abstinência de substâncias (álcool, drogas ilícitas)

Fonte: Bush, Tierney e Lawlor⁷.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico de *delirium* é eminentemente clínico, baseado na anamnese e no exame físico e deve ser precoce para seu melhor controle⁸. O uso de escalas e de entrevistas semiestruturadas é uma ferramenta útil. A realização de exames complementares auxilia na identificação de fatores predisponentes. Exames laboratoriais, incluindo eletrólitos, glicemia, função renal e hepática, devem ser realizados. Em pacientes oncológicos, a investigação de metástase para o sistema nervoso central pode ser necessária e a pesquisa de hipercalcemia é mandatória (atentar para correção pela albumina se não for cálcio iônico).

A flutuação da intensidade dos sintomas no período de 24 horas dificulta o diagnóstico. Os profissionais de saúde devem valorizar informações obtidas com acompanhantes, cuidadores e demais membros da equipe, especialmente da enfermagem, que estão em contato mais próximo com o paciente e, assim, podem perceber os períodos de confusão mental.

Entre os diagnósticos diferenciais estão depressão, demência, esquizofrenia e mania, por causa do seu amplo espectro sintomático e das diferentes apresentações clínicas.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento adequado do *delirium* inclui identificação, eliminação com tratamento dos fatores precipitantes por meio de um conjunto de abordagens terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas realizadas por equipe interprofissional.

Farmacológica

A principal ação é a correção de fatores precipitantes: correção do *status* volêmico, distúrbio hidroeletrólítico, infecção, fecaloma, entre outros.

Os antipsicóticos são os medicamentos de escolha para o controle de agitação psicomotora (*delirium* hiperativo). No caso de *delirium* hipoativo, apenas em raras situações, o antipsicótico tem efeito benéfico.

Em caso de agitação, em que o paciente se coloque em risco, a escolha é o haloperidol, administrando pequenas doses a cada 20 minutos até o controle. Embora no Brasil, em bula, só esteja sinalizada a via de administração intramuscular, a via subcutânea é utilizada no serviço com bom efeito e sem intercorrências, e há respaldo na literatura para seu uso intravenoso sob supervisão. A dose de manutenção deve ser fracionada para melhor efeito (por exemplo 1 mg, três vezes ao dia, apresenta efeito melhor do que 3 mg, uma vez ao dia). Os neurolépticos atípicos também podem ser utilizados com a vantagem de menos efeitos colaterais. Em casos de difícil controle, a dexmedetomidina pode ser utilizada. Para casos refratários, considerar a terapia de sedação paliativa (Capítulo 13). O Quadro 14 descreve alguns medicamentos e suas doses⁹⁻¹⁰.

Quadro 14 – Medicamentos para controle de *delirium*

Medicamento	Dose e via de administração
Haloperidol	0,5-10 mg/dia VO, via IM, via SC ou via intravenosa
Clorpromazina	12,5-200 mg VO, via intravenosa ou via IM
Olanzapina	2,5-20 mg VO
Quetiapina	25-300 mg VO
Risperidona	0,25-4 mg VO
Dexmedetomidina	0,2-0,7 mcg/kg/h via intravenosa ou via SC

Fonte: Gaertner *et al*⁹; Grassi *et al*¹⁰.

Legendas: VO: Via oral; IM: Intramuscular; SC: Subcutânea.

Não farmacológica

Medidas não medicamentosas, como manejo ambiental, orientação da equipe e de familiares, são importantes e exigem um esforço combinado de familiares, cuidadores e da equipe interprofissional, proporcionando um ambiente adequado. São indicados nesse caso:

- Prover um ambiente calmo e confortável, reduzindo ruídos e promovendo um nível adequado de estimulação sensorial.
- Fornecer subsídios que permitam a orientação, como calendários e relógios.
- Estimular a presença frequente de um acompanhante familiar.
- Minimizar mudanças no ambiente e na equipe assistencial.
- Oferecer uma iluminação que contribua para a manutenção do ciclo sono-vigília.
- Encorajar o uso de acessórios para audição e visão, uma vez que quadros confusionais podem ser agravados por déficit auditivo e/ou visual.
- Evitar a restrição física como contenção mecânica no leito, pois poderá piorar a agitação e ser a causa potencial de trauma.

A contenção mecânica é uma alternativa para restringir a mobilidade e garantir a segurança de pacientes que apresentem risco para sua integridade física. São utilizados dispositivos como grades bilaterais, imobilização dos membros com artifícios que limitam ou impedem o deslocamento ou acesso ao próprio corpo¹¹. Sua indicação inclui uma avaliação criteriosa, sensível e global da equipe assistencial, considerando as consequências e riscos para o paciente e para a equipe. É um ato prescrito pelo médico e executado pela equipe de enfermagem. Em situações de extrema urgência, a enfermagem

tem autonomia de realizar a contenção, com a subsequente comunicação ao médico¹². Cabe ressaltar que a contenção mecânica deve sempre ter finalidade terapêutica e nunca como punição ou intimidação do paciente. Essa abordagem deve respeitar a dignidade individual do paciente, uma vez que pode gerar efeitos físicos e psicológicos nocivos. Precisa, portanto, ser utilizada em casos estritamente necessários, quando as tentativas de abordagem verbal e farmacológica forem insuficientes para prevenir danos e manter o paciente seguro¹³⁻¹⁴. Deve ser mantida pelo menor tempo possível, com retirada tão logo a contenção farmacológica (controle da agitação com medicação) esteja eficaz.

REFERÊNCIAS

1. LIMA E SILVA, L. F. A.; SANTOS JÚNIOR, A. Delirium (estado confusional agudo). In: BOTEGA, N. J (org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2012. p. 263-279.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
3. ZIPSER, C. M. *et al.* Clinical management of delirium: the response depends on the subtypes. An observational cohort study in 602 patients. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 18, n. 1, p. 4-11, 2020. DOI 10.1017/S1478951519000609.
4. BREITBART, W.; GIBSON, C.; TREMBLAY, A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. **Psychosomatics**, Washington, v. 43, n. 3, p. 183-194, May/June 2002. DOI 10.1176/appi.psy.43.3.183.
5. LESLIE, D. L. *et al.* One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. **Archives of Internal Medicine**, [Chicago], v. 168, n. 1, p. 27-32, Jan 2008. DOI 10.1001/archinternmed.2007.4.
6. BREITBART, W.; ALICI, Y. Agitation and delirium at the end of life: “We couldn’t manage him”. **JAMA**, Chicago, v. 300, n. 24, p. 2898-2910, 2008. DOI 10.1001/jama.2008.885.
7. BUSH, S. H.; TIERNEY, S.; LAWLOR, P. G. Clinical assessment and management of delirium in the palliative care setting. **Drugs**, [Auckland], v. 77, n. 15, p. 1623-1643, Oct 2017. DOI 10.1007/s40265-017-0804-3.
8. WACKER, P.; NUNES, P. V.; FORLENZA, O. V. Delirium: uma perspectiva histórica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 97-103, mio/jun. 2005.
9. GAERTNER, J. *et al.* Benzodiazepines and/or neuroleptics for the treatment of delirium in palliative care?-a critical appraisal of recent randomized controlled trials. **Annals of Palliative Medicine**, [Hong Kong], v. 8, n. 4, p. 504-515, Sep 2019. DOI 10.21037/apm.2019.03.06.
10. GRASSI, L. *et al.* Management of delirium in palliative care: a review. **Current Psychiatry Reports**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 550, Feb 2015. DOI 10.1007/s11920-015-0550-8.
11. SOUZA, L. M. *et al.* Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 53, e03473, 2019. DOI 10.1590/S1980-220X2018007303473.

12. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº427, de 8 de maio de 2012.** Normatiza os procedimentos da Enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html. Acesso em: 5 abr. 2021.
13. RIBEIRO, S. C. L. *et al.* Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 513-520, abr./jun. 2015. DOI 10.1590/0104-07072015001702014.
14. FAUSTINO, T. N. *et al.* Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do delirium em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2016. DOI 10.18471/rbe.v30i3.15794.



CAPÍTULO 11

CAQUEXIA DO CÂNCER

DEFINIÇÃO

A caquexia do câncer é uma síndrome multifatorial caracterizada pela perda contínua de massa muscular esquelética, com ou sem perda de massa gorda, associada à inflamação sistêmica e a alterações metabólicas que não podem ser completamente revertidas por meio do suporte nutricional convencional, levando à incapacidade funcional progressiva e ao aumento da morbimortalidade¹.

A prevalência da caquexia do câncer varia consideravelmente, o que pode ser atribuído, entre outros fatores, às diferenças nos critérios diagnósticos, ao estágio e ao sítio tumoral². Wiegert *et al.*², em estudo com 1.384 pacientes com câncer incurável, desenvolvido no HC IV do INCA, demonstraram que a magnitude da caquexia do câncer variou de 13,8 a 53,9%, a depender do critério utilizado para o diagnóstico. Entre os critérios testados, o proposto por Vignano *et al.*³ foi considerado o melhor para distinguir os estágios da caquexia do câncer em relação à sobrevida. Ademais, com dados da mesma coorte, Oliveira *et al.*⁴ verificaram que pacientes caquéticos apresentaram significativamente pior qualidade de vida quando comparados aos não caquéticos.

Portanto, considerando o estado nutricional como um fator potencialmente modificável e relacionado à ocorrência de desfechos desfavoráveis em pacientes com câncer, seu monitoramento deve ser precoce, contínuo e individualizado em toda a trajetória da doença oncológica, incluindo a fase de cuidados paliativos⁵.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Existem diferentes critérios para o diagnóstico da caquexia do câncer². Na prática clínica, o diagnóstico dos pacientes em cuidados paliativos é realizado de acordo com o modelo descrito na Figura 8. Esse modelo classifica a caquexia do câncer por meio da combinação de parâmetros facilmente disponíveis, de baixo custo e pouco invasivos, em sua maioria coletados a partir da aplicação da Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP), que é o método de avaliação nutricional consensuado para todas as unidades assistenciais do INCA⁶.

Figura 8 – Critérios e pontos de corte para a classificação dos estágios da caquexia do câncer

Critérios		Parâmetros e respectivos pontos de corte
Alterações laboratoriais	A	PCR > 10 mg/l ou
		Albumina < 3,2 g/dl ou
		Leucócitos > 11 mil /l ou
		Albumina < 2,5 g/dl F
Baixa ingestão alimentar	B	Pontuação caixa 2 (ASG-PPP) ≥ 1 ou ingestão alimentar de 50-75% das necessidades estimadas por 2 semanas ou mais
Perda de peso moderada	C	≤ 5% nos últimos 6 meses
Perda de peso grave	D	> 5% nos últimos 6 meses
Baixa funcionalidade	E	Pontuação caixa 4 (ASG-PPP) >2 ou KPS ≤ 40%

O diagrama de fluxo ilustra a progressão da caquexia do câncer em três estágios:

- Pré-caquexia:** Contém os pontos de corte A, B, C e F.
- Caquexia:** Contém os pontos de corte A, B, C, D e E.
- Caquexia refratária:** Contém todos os pontos de corte A, B, C, D, E e F.

Fonte: Adaptado de Vigano *et al.*³.

Legendas: PCR: Proteína C-reativa.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica da caquexia do câncer no HC IV envolve a terapia farmacológica e a não farmacológica, instituída por equipe interprofissional, com os destaques a seguir.

Farmacológica

As evidências científicas permanecem insuficientes para endossar fortemente qualquer agente farmacológico para tratar especificamente a caquexia do câncer⁷. O tratamento é ofertado por fármacos que melhoram o controle das náuseas e outros sintomas de impacto nutricional e os que estimulam o apetite e/ou melhoram o ganho de peso. Os fármacos disponíveis no HC IV para este fim incluem análogos da progesterona (acetato de megestrol) e corticosteroides (preferência pela dexametasona por sua meia-vida curta).

A dexametasona é um corticoide com ação anti-inflamatória e imunossupressora. A ação desse fármaco na caquexia do câncer ocorre via inibição de citocinas pró-inflamatórias como a interleucina-1 e fator de

necrose tumoral alfa, e elevação dos níveis de neuropeptídeo Y, um potente estimulador central do apetite. A dexametasona diminui as náuseas, melhora o apetite e a ingestão alimentar, mas não assegura o ganho de peso corporal. Em virtude da sua ação limitada e dos efeitos colaterais associados ao uso prolongado (astenia, delírios e imunossupressão), seu uso deve ser considerado para pacientes com sobrevida de dias a semanas⁷. A dose preconizada é de 4 a 8 mg ao dia, administrada, de preferência, no horário da manhã. Em pacientes com maior expectativa de vida, o acetato de megestrol é mais apropriado.

O acetato de megestrol é um derivado sintético do hormônio progesterona, constituindo o fármaco mais estudado para tratamento da caquexia do câncer⁷⁻⁸. Favorece a melhora do apetite e ganho de peso corporal; no entanto, o tipo de ganho de peso associado ao megestrol é principalmente tecido adiposo. A dose eficaz sugerida está entre 100 e 1.600 mg por dia (média 400 mg por dia). Os efeitos colaterais incluem o risco de tromboembolismo, hipogonadismo, insuficiência adrenal e edema periférico⁸.

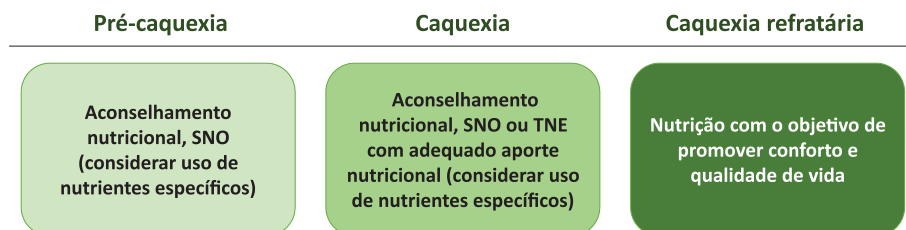
Diversos outros agentes, como mirtazapina, anamorelin, canabinoides, talidomida, oxandrolona, melatonina, entre outros, vêm sendo investigados nesse contexto, com menor número de evidências, especialmente, no que se refere a pacientes em cuidados paliativos⁷.

Não farmacológica

A abordagem não farmacológica é realizada por meio da abordagem nutricional por nutricionista especialista. As intervenções nutricionais são parte integrante do plano de cuidados e devem ser implementadas individualmente após avaliação dos benefícios esperados e dos riscos potenciais, levando em consideração a vontade e as expectativas do paciente e seus familiares. Além disso, devem ser ponderados os aspectos nutricionais, clínicos, prognósticos e bioéticos^{6,9-10}.

Embora a maior parte dos pacientes com câncer em cuidados paliativos apresente caquexia do câncer, nem sempre sua recuperação é possível. Os objetivos da abordagem terapêutica são cuidados focados em melhorar a ingestão nutricional e diminuir a inflamação^{5,10,12}. Diversas estratégias nutricionais podem ser utilizadas com essa finalidade e, para tanto, o plano de cuidado proposto deve ser delineado conforme a classificação da caquexia do câncer (Figura 9). A oferta nutricional recomendada é de 30 a 35 kcal/kg ao dia com 1,2 a 1,5 g de proteína/kg ao dia, considerando o peso atual; doses mais altas (até 2,0 g) de proteína podem ser ofertadas, especialmente, quando a depleção muscular é grave^{5,6}.

Figura 9 – Abordagem nutricional de acordo com os estágios da caquexia do câncer



Fonte: Adaptado de Arends *et al.*⁵.

Legendas: SNO: Suplementação nutricional oral; TNE: Terapia nutricional enteral.

O aconselhamento nutricional é a primeira e mais frequente intervenção utilizada para o tratamento de pacientes com caquexia do câncer e deve ser planejado levando-se em consideração a quantidade e a qualidade da aceitação alimentar do paciente e seu estilo de vida^{5,7}. Algumas estratégias nutricionais para reduzir o desconforto associado à ingestão de alimentos e aumentar o aporte nutricional incluem ofertar os alimentos preferidos ou mais bem tolerados, adequar consistência e volume das refeições, reforçar as primeiras refeições do dia, uma vez que a anorexia costuma ser menos intensa no período da manhã e aumentar a densidade nutricional das preparações. Algumas sugestões com esse objetivo incluem adicionar geleias de frutas ou cereais em iogurtes ou leite; leite condensado, mel ou creme de leite em saladas ou cremes de frutas; leite em pó, cereais e mucilagens adicionado ao leite líquido; queijos em sopas e purês; omelete com queijo, leite, manteiga; ovos e carnes em geral adicionados a alimentos como sopas, arroz, feijão, saladas ou sanduíches⁶.

Fatores subjacentes à anorexia, tais como náuseas, disgeusia, diarreia e constipação, também devem ser identificados e tratados. Ademais, na fase avançada da doença, os pacientes apresentam digestão e esvaziamento gástrico lentificados em virtude da atrofia da mucosa do trato gastrointestinal e reduzida produção de secreções digestivas, do uso de opioides, entre outros fatores. Para tal, recomenda-se aumentar o fracionamento e diminuir o volume da dieta ofertada, evitar a ingestão de líquidos durante as refeições e o excesso de alimentos ricos em gordura, pois aumentam a saciedade e retardam o esvaziamento gástrico⁶. Materiais de apoio como impressos próprios com as principais orientações fornecidas no atendimento nutricional, bem como cartilhas padronizadas na instituição, como *Guia de nutrição para pacientes e cuidadores*, podem ser entregues.

O uso de suplementos nutricionais orais (SNO) é indicado para pacientes pré-caquéticos e caquéticos cujas necessidades de nutrientes não

conseguem ser atendidas apenas por meio da ingestão alimentar diária, seja qualitativa seja quantitativamente. Embora as evidências sejam insuficientes, sugere-se considerar, quando disponíveis, o uso de nutrientes específicos com ômega 3, beta-hidroxi-metil-butirato, leucina, creatina e L-carnitina, que podem atenuar a inflamação e melhorar a síntese de proteína muscular^{5,11}. A terapia nutricional enteral (TNE) pode ser indicada para pacientes caquéticos com impossibilidade de utilizar a via oral ou com ingestão alimentar oral insuficiente; ou seja, quando esta não atende às necessidades nutricionais estimadas, apesar do aconselhamento dietético especializado e/ou SNO. Pacientes com expectativa de vida menor do que um mês, baixa capacidade funcional, sintomas refratários e com insuficiências orgânicas graves, geralmente, não se beneficiam da utilização da TNE¹⁰. Nos pacientes caquéticos refratários ou em cuidados de fim de vida, a nutrição é adaptada para o controle de sintomas e destina-se, principalmente, a promover conforto. Nos pacientes que se encontram em uso de TNE e evoluem para essa fase da doença, a descontinuidade da terapia depende do desejo do paciente e familiares, e devem ser considerados os aspectos bioéticos envolvidos⁹. É importante salientar que o planejamento nutricional deve sempre avaliar as potenciais barreiras para adesão das intervenções nutricionais propostas e que a ingestão ou a administração de todo o aporte de nutrientes prescrito nem sempre será possível.

A avaliação e o manejo da caquexia do câncer constituem um grande desafio na prática clínica. Em razão da natureza multifatorial da síndrome, ensaios multimodais de intervenção podem fornecer melhor oportunidade para abordar a caquexia do câncer⁷. Medidas de resposta em estudos de intervenção devem considerar desfechos centrados no paciente, como atenuação da perda de peso, melhora da composição corporal, da funcionalidade, dos sintomas e da qualidade de vida^{7,11}. A abordagem terapêutica na caquexia do câncer deve ser vista como um processo individualizado e parte integrante do planejamento dos cuidados, objetivando prevenir ou minimizar mais perdas, aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. FEARON, K. *et al.* Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. **The Lancet. Oncology**, [London], v. 12, n. 5, p. 489-495, May 2011. DOI 10.1016/S1470-2045(10)70218-7.
2. WIEGERT, E. V. M. *et al.* Cancer cachexia: Comparing diagnostic criteria in patients with incurable cancer. **Nutrition**, [Tarrytown], v. 79-80, p. 110945, Nov./Dec. 2020. DOI 10.1016/j.nut.2020.110945.
3. VIGANO, A. A. L. *et al.* Use of routinely available clinical, nutritional, and functional criteria to classify cachexia in advanced cancer patients. **Clinical Nutrition: official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition**, [Kidlington], v. 36, n. 5, p. 1378-1390, Oct 2017. DOI 10.1016/j.clnu.2016.09.008.
4. OLIVEIRA, L. C. *et al.* Quality of life and its relation with nutritional status in patients with incurable cancer in palliative care. **Support Care Cancer**, [Berlin], v. 28, n. 10, p. 4971-4978, Oct 2020. DOI 10.1007/s00520-020-053339-7.
5. ARENDS, J. *et al.* ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. **Clinical Nutrition: official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition**, [Kidlington], v. 36, n. 5, p. 1187-1196, Oct 2017. DOI 10.1016/j.clnu.2017.06.017.
6. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Consenso nacional de nutrição oncológica**. 2 ed. rev. ampl. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
7. ROELAND, E. J. *et al.* Management of cancer cachexia: ASCO guideline. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, VA, v. 38, n. 21, p. 2438-2453, July 2020. DOI 10.1200/JCO.20.00611.
8. RUIZ GARCIA, V. *et al.* Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. **The Cochrane Database Systematic Reviews**, [Chichester], v. 2013, n. 33, CD004310, Mar 2013. DOI 10.1002/14651858.C004310.pub3.
9. DRUML, C. *et al.* ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. **Clinical Nutrition: official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition**, [Kidlington], v. 35, n. 3, p. 545-556, June 2016. DOI 10.1016/j.clnu.2016.02.006.
10. BISCHOFF, S. C. *et al.* ESPEN guideline on home enteral nutrition. **Clinical Nutrition: official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition**, [Kidlington], v. 39, n. 1, p. 5-22, Jan 2020. DOI 10.1016/j.clnu.2019.04.022.
11. PRADO, C. M. *et al.* Nutrition in the spotlight in cachexia, sarcopenia and muscle: avoiding the wildfire. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 3-8, Dec 2020. DOI 10.1002/jcsm.12673.



CAPÍTULO 12

the past 50 years. The literature on the subject is vast, but this paper focuses on the following: (1) the emergence of the concept of 'cultural diversity', (2) the role of the state in the promotion of cultural diversity, and (3) the role of the state in the promotion of cultural diversity in the context of globalization.

2. The concept

The concept of 'cultural diversity' has emerged in the past 50 years. It is a relatively new concept, and its meaning has evolved over time. In the 1950s, the concept was used to describe the diversity of cultures within a nation. In the 1960s, it was used to describe the diversity of cultures within a region. In the 1970s, it was used to describe the diversity of cultures within the world.

The concept of 'cultural diversity' has become a key concept in the field of cultural studies. It is a concept that has been used to describe the diversity of cultures within a nation, a region, and the world. It is a concept that has been used to describe the diversity of cultures within a nation, a region, and the world.

3. The state

The state has played a key role in the promotion of cultural diversity. In the 1950s, the state was the primary actor in the promotion of cultural diversity. In the 1960s, the state was the primary actor in the promotion of cultural diversity. In the 1970s, the state was the primary actor in the promotion of cultural diversity.

The state has played a key role in the promotion of cultural diversity. In the 1950s, the state was the primary actor in the promotion of cultural diversity. In the 1960s, the state was the primary actor in the promotion of cultural diversity. In the 1970s, the state was the primary actor in the promotion of cultural diversity.

4. Globalization

Globalization has played a key role in the promotion of cultural diversity. In the 1950s, globalization was the primary actor in the promotion of cultural diversity. In the 1960s, globalization was the primary actor in the promotion of cultural diversity. In the 1970s, globalization was the primary actor in the promotion of cultural diversity.

Globalization has played a key role in the promotion of cultural diversity. In the 1950s, globalization was the primary actor in the promotion of cultural diversity. In the 1960s, globalization was the primary actor in the promotion of cultural diversity. In the 1970s, globalization was the primary actor in the promotion of cultural diversity.

5. Conclusion

The concept of 'cultural diversity' has emerged in the past 50 years. The literature on the subject is vast, but this paper focuses on the following: (1) the emergence of the concept of 'cultural diversity', (2) the role of the state in the promotion of cultural diversity, and (3) the role of the state in the promotion of cultural diversity in the context of globalization.

CUIDADOS AO FIM DA VIDA

DEFINIÇÃO

Não há consenso sobre o tempo chamado de “fim de vida”. Neste capítulo, será abordado o período de horas a dias antes do óbito. Cuidados ao fim da vida são o conjunto de medidas adotadas para o controle de sintomas nos últimos dias de vida do paciente. Deve ser integral, individualizado, considerando a biografia e as preferências do paciente, assim como os desejos previamente compartilhados com familiar e/ou profissional de saúde, garantindo a autonomia.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A prognosticação acertada e o diagnóstico precoce da fase final de vida permitem uma abordagem mais eficaz. A avaliação continuada da condição clínica, com participação de familiares (ou cuidadores) e da equipe assistencial, aumenta a acurácia do diagnóstico. É importante afastar eventual sedação ou sonolência por efeito colateral de medicação ou distúrbio metabólico. O Quadro 15 resume o estado clínico^{1,2}.

Quadro 15 – Alterações clínicas observadas nas últimas horas a dias de vida

Alterações clínicas
<ul style="list-style-type: none">• Redução da ingestão oral e dificuldade de deglutição (alimento e medicações)• Fraqueza muscular, redução da funcionalidade (classicamente KPS 20%)• Mudança do padrão respiratório – geralmente hipopneia (redução do volume corrente), apneia ou <i>Cheyne Stokes</i>• Acúmulo secreção em vias aéreas superiores (traqueobrônquica e/ou salivar)• Redução da resposta a estímulos verbais e visuais, <i>delirium</i>, torpor ou coma• Redução da perfusão periférica, taquicardia, hipotensão, extremidades frias, cianose, manchas na pele, ausência de pulso periférico• Perda do controle esfinteriano• Inabilidade de fechar os olhos e queda das dobras nasolabiais

Fonte: Hui *et al.*¹; National Institute for Health and Care Excellence².

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica dos cuidados ao fim da vida na Unidade de Cuidados Paliativos do INCA deve propiciar conforto ao paciente e acolhimento aos familiares, e envolve as terapias farmacológica e não farmacológica, instituídas por equipe interprofissional. O objetivo é promover o controle dos sintomas, prevenir os agravos das últimas horas de vida e suavizar a agonia final. A participação ativa de familiares deve ser estimulada e um ambiente calmo e acolhedor promovido, com toque gentil, conversas agradáveis e expressão de carinho.

Desvelar a biografia do paciente, se possível com sua participação ativa, e de sua família e rede social, apreendendo suas demandas em todos os seus aspectos e nuances, é necessário para que os profissionais de saúde possam prestar uma assistência efetiva, elaborando ou revisitando o plano de cuidados. Escuta ativa e acolhimento tornam-se elementos cruciais para um cuidado humanizado, assim como empatia e comunicação efetiva. Reuniões envolvendo equipe multiprofissional e familiares são instrumentos de grande valia³.

A comunicação deve integrar o cuidado⁴. O quadro clínico, o prognóstico e as propostas terapêuticas devem ser discutidos, compreendidos e aceitos pelo paciente e/ou familiares, mediante linguagem clara para um diálogo horizontal e respeitoso. A equipe precisa ser disponível, estabelecendo uma relação de confiança para atingir a integralidade do cuidado, dirimir as dúvidas e aliviar a angústia das famílias. A compreensão das alterações clínicas esperadas reduz a ansiedade própria do momento.

Os familiares podem vivenciar temores e incertezas, como sentimento de culpa pelo conflito entre não querer perder e desejar o fim do sofrimento, medo de presenciar ou estar ausente no momento do óbito, dúvidas sobre como conversar a respeito da perda iminente com crianças ou idosos. Escuta ativa, orientações claras sobre o quadro clínico e prognóstico e conversa preferencialmente presencial em ambiente acolhedor com equipe disponível sanam boa parte dessas questões.

A despedida deve ser incentivada, mas só terá sentido se respeitadas as particularidades da relação prestes a ser rompida. Pode aliviar sentimentos de culpa e arrependimentos pela possibilidade, muitas vezes simbólica, de resolução de pendências e fechamento de ciclo⁵. A espiritualidade proporciona força e confiança, evidenciando a fé como fonte de apoio para situações difíceis, e deve ser abordada.

Exames laboratoriais e radiológicos não devem ser solicitados, assim como monitoração regular deve dar lugar ao olhar atento à presença de sintomas. Da mesma forma, alguns medicamentos também devem ser descontinuados (não essenciais ou potencialmente inapropriados). Escolher medicamentos com

múltiplos efeitos favorece a desprescrição, por exemplo, morfina controla dor e dispneia, haloperidol para náuseas, angústia e *delirium*, dexametasona age no controle da febre, dor e náuseas (preferência à dexametasona por induzir menos a retenção hídrica). O Quadro 16 lista medicamentos que podem ser suspensos e aqueles que devem ser considerados^{2,6}. A abordagem dos sintomas estão em outros capítulos deste livro.

Quadro 16 – Conduta medicamentosa nos cuidados ao fim da vida

Medicamentos dispensáveis	Observações
Anti-hipertensivos	Com hipovolemia e mudanças metabólicas, a pressão arterial tende a normalizar
Antianginosos e medicamentos para insuficiência cardíaca	Suspensão deve ser guiada pelos sintomas. Geralmente o impacto clínico na suspensão surge após semanas e não dias
Antidepressivos	Sem benefício no uso por períodos curtos
Hipoglicemiantes e demais medicamentos para DM	Hipoglicemia é mais danosa do que hiperglicemia a curto prazo. Atentar que a glicemia capilar e aplicação de insulina geram dor e desconforto
Anticonvulsivantes	Se usados como anticonvulsivantes, avaliar o risco de suspensão. Se for adjuvante da dor, suspender. Não devem ser iniciados
Sintomas	Orientações
Dor	Morfina é o analgésico de escolha - Virgem de opioide: 2 mg vias SC ou intravenosa 4/4 h (1 mg se idoso, frágil ou doença renal). Ajuste guiado pelo sintoma (aumento máximo 100% da dose) - Uso prévio de opioide: aumento 10-15% da dose prévia
Dispneia	Morfina – dose como acima, porém aumento máximo de 50% O ₂ suplementar – benefício relativo Corticoide, broncodilatador se broncoespasmo
Náuseas	Haloperidol é a primeira opção (até 3 mg/dia)
<i>Delirium</i>	Haloperidol 1 mg a cada 2 h até controle
Acúmulo de secreção	Escopolamina até 120 mg/dia, atropina colírio, 2 gotas VO Aspiração de vias aéreas superiores pode ser necessária até controle adequado com medicação
Desconforto refratário	Sedação paliativa. Midazolam é a primeira opção

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence²; Huffman, Harmer⁶.

Legendas: DM: Diabetes *mellitus*; SC: Subcutânea; VO: Via oral.

A manutenção da dieta deve estar vinculada à satisfação e ao desejo do paciente, devendo ter suas características adaptadas a sinais, sintomas e nível de consciência, integrando aspectos bioéticos e psicobiossocioculturais. Pequenas porções de alimentos promovem bem-estar, autonomia e a troca de afeto entre entes queridos. Refeições institucionais e restrições alimentares não são apropriadas.

Não há benefício no aumento da ingestão calórica ou manutenção de sonda nasoenteral (salvo se necessária para administração de medicamentos). A gastrostomia já existente deve ser mantida, mas nunca realizada. Pacientes nos últimos dias de vida não se beneficiam de indicação de terapia nutricional, entretanto, nos que já estavam em uso e evoluem para os cuidados ao fim da vida, a descontinuidade deve considerar os aspectos bioéticos. Pode ser preferível reduzir lentamente o volume e a taxa da infusão da fórmula enteral, bem como utilizar as de menor densidade energética e proteica⁷.

A hidratação artificial merece discussão⁸. O aumento da oferta de líquidos aumenta secreção traqueobrônquica e gastrointestinal, piora dispneia, tosse, desconforto e aumenta o risco de broncoaspiração e infecção. Por outro lado, a hipo-hidratação melhora a tosse, a congestão, reduz o débito urinário e a secreção gastrointestinal (vômitos e diarreia), e diminui o edema periférico. Embora autores indiquem a interrupção completa de hidratação artificial, pode causar desconforto por desidratação excessiva e sensação de desassistência por familiares. Logo, a hidratação deve ser avaliada individualmente, podendo ser suspensa em pacientes com grande edema; mas, na maioria dos casos, a manutenção de baixo volume (de 250 a 500 ml por dia) parece oferecer melhores resultados.

Com a redução do nível de consciência, é comum o acúmulo de secreções em vias aéreas (pela incapacidade de deglutir saliva ou mobilizar secreções), gerando respiração ruidosa, denominada estertor agônico (sororoca). É um dos sintomas mais angustiantes para os acompanhantes, causa impressão de sofrimento, e deve ser prevenido ou minimizado. Importante manter cabeceira elevada pelo menos a 30°. Aspições repetidas de vias aéreas devem ser evitadas pelo desconforto que causam ao paciente, priorizando controle com medicamentos.

Manter a cavidade oral umidificada com goles de água (preferencialmente fria) ou com hidratantes para mucosa oral (saliva artificial) propiciam conforto. Solução salina ou metilcelulose e carmelose auxiliam no cuidado com os olhos.

O uso do cateter vesical de demora pode ser indicado para retenção urinária ou redução de mobilização do paciente no leito. A realização de enemas por constipação está restrita a casos de fecaloma que gerem desconforto objetivo (como distensão abdominal e dor).

A equipe deve ser treinada para a realização da movimentação passiva no leito. Transferências devem ser evitadas pela possibilidade de dor e desconforto.

Ainda, a equipe deve estar atenta e auxiliar à família sobre questões práticas, como regularização de documentação civil, procuração ou curatela, direitos previdenciários (pensão por morte) e assistenciais (saque de Programa de Integração Social – PIS e Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS), guarda de filhos menores e testamento. Orientação e eventual flexibilização de rotinas institucionais, como horários estendidos de visita, permitem momentos de despedida.

PÓS-ÓBITO

No pós-óbito imediato, é importante disponibilizar um espaço de escuta para os entes queridos, onde seja possível expressar os afetos relacionados à dor da perda, recapitular essa perda e a história do relacionamento com o falecido, todas as satisfações e deficiências, bem como as coisas que ficaram por fazer. Esse percurso faz diferença e pode contribuir para um processo de luto mais saudável. Em paralelo, é fundamental prestar assistência a questões práticas, como orientações quanto a sepultamentos, trâmites para remoção do corpo e cremação, solicitação de sepultamento gratuito segundo critérios de hipossuficiência de renda.

Uma intervenção da equipe em momento mais tardio também pode ser necessária para suporte no período de enlutamento propriamente dito, avaliando possíveis dificuldades e necessidade de tratamento especializado, quando for preciso. Da mesma forma, pode ser necessária a emissão de relatórios sociais endereçados à Previdência Social para que o companheiro do paciente possa apresentar, em caráter comprobatório, no processo de solicitação do benefício de pensão por morte, contendo o relato do profissional de que aquele familiar era o principal cuidador do paciente e que lhe acompanhou durante o tratamento etc., contribuindo, assim, para o acesso a esse direito, assim como para eventuais seguros de vida contratados pelo paciente.

REFERÊNCIAS

1. HUI, D. *et al.* A diagnostic model for impending death in cancer patients: preliminary report. **Cancer**, [Hobokn], v. 121, n. 21, p. 3914-3921, Nov 2015. DOI 10.1002/cncr.29602.
2. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE Guidance. Health and social care delivery. Adult's social care. **Care of dying adults in the last days of life**. [London]: NICE, 2015. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>. Acesso em: 6 mar. 2021.
3. REIS, A. C. A. Intervenção social em enfermagem geral. *In*: ANDRADE, L. (org.). **Cuidados paliativos e Serviço Social: um exercício de coragem**. Holambra, SP: Ed. Setembro, 2015. v. 2. p. 121.
4. FORTE, D. N. Estratégias de comunicação em cuidados paliativos. *In*: SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 65.
5. LISBÔA, M. L.; CREPALDI, M. A. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 25, p. 97-109, 2003. DOI 10.1590/S0103-863X2003000200009.
6. HUFFMAN, J. L.; HARMER, B. End of life care. *In*: STATPEARLS. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2020. *E-book*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544276/>. Acesso em: 6 mar. 2021.
7. AMANO, K. *et al.* Eating-related distress in advanced cancer patients with cachexia and family members: a survey in palliative and supportive care settings. **Supportive Care in Cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, [Berlin], v. 27, n. 8, p. 2869-2876, Aug 2019. DOI 10.1007/s00520-018-4590-6.
8. BEAR, A. J.; BUKOWY, E. A.; PATEL, J. J. Artificial hydration at the end of life. **Nutrition in Clinical Practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition**, [Hoboken], v. 32, n. 5, p. 628-632, Oct 2017. DOI 10.1177/0884533617724741.



CAPÍTULO 13

TERAPIA DE SEDAÇÃO PALIATIVA

DEFINIÇÃO

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos define a terapia de sedação paliativa como: “[...] uso monitorado de medicamentos para induzir um estado de diminuição de consciência ou mesmo a ausência dela, com a intenção de aliviar o sofrimento intratável de uma maneira eticamente aceitável ao paciente, família e equipe de saúde”¹.

INDICAÇÃO

Cabe destacar que a terapia de sedação paliativa não pode ser uma medida de primeira escolha para o controle de sintomas, seja ele de qualquer origem^{1,2}. Ela é indicada para pacientes em cuidados paliativos, na presença de sintomas graves, refratários às terapêuticas preestabelecidas³.

Para avaliar a necessidade da terapia de sedação paliativa, algumas questões devem ser levantadas: 1) todos os esforços foram feitos para identificar e tratar os sintomas existentes?; 2) abordagens não farmacológicas foram indicadas e aplicadas?; 3) tratamentos farmacológicos possíveis foram utilizados?; 4) existe alguma opção de tratamento, potencialmente eficaz, para o controle do sintoma que não comprometa o nível de consciência? **Quando a última pergunta for positiva, de forma clara, a terapia de sedação paliativa não será indicada**³.

A determinação da existência de um sintoma refratário é realizada pelo médico, no entanto, a intolerabilidade é determinada pelo paciente. Sendo assim, paciente, médico e demais integrantes da equipe interprofissional devem discutir previamente sobre os sintomas que o paciente poderá apresentar diante do seu quadro clínico e que podem levar à indicação da terapia de sedação paliativa. Evita-se, dessa maneira, que esta seja instituída de forma momentânea, o que pode gerar atraso na decisão e maior tempo do sofrimento do paciente. Caso as metas de cuidado não tenham sido definidas previamente e o paciente tenha perdido sua capacidade de julgamento, um familiar ou responsável poderá tomar a decisão. O importante é que a decisão seja feita de maneira compartilhada, preferencialmente entre equipe, paciente e família^{4,5}.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A terapia de sedação paliativa na Unidade de Cuidados Paliativos do INCA envolve a abordagem farmacológica e a não farmacológica, com atuação de toda equipe interprofissional, com os destaques a seguir.

Farmacológica

As principais medicações utilizadas, descritas pela literatura, são: benzodiazepínicos, neurolépticos, barbitúricos e anestésicos. Analgésicos, como a morfina, não são usados para terapia de sedação paliativa⁶.

O midazolam é um fármaco da categoria dos benzodiazepínicos, hidrossolúvel, com início de ação de dois a cinco minutos pela via endovenosa e meia-vida curta de uma a três horas. Principal escolha na ausência de *delirium*. É recomendada a dose inicial de 0,03 a 0,05 mg/kg, administrado em bólus intravenoso ou subcutâneo em dois minutos, sendo possível repetir a dose após cinco minutos, até que se alcance o nível desejado de sedação. Logo após, deve ser iniciada a infusão contínua com dose entre 0,02 e 0,1 mg/kg de acordo com a tolerância aos benzodiazepínicos⁸. Exemplo: paciente com 70 kg. Administrar de 2,1 a 3,5 mg de midazolam em bólus, podendo repetir após cinco minutos caso não tenha obtido o efeito desejado. Para infusão contínua, a instituição preconiza o padrão com diluição de 120 ml de solução salina 0,9% para 150 mg de midazolam, resultando em uma solução de 1 mg/ml. Essa poderá ser iniciada de 1,4 a 7 ml por hora, devendo ser titulada até o controle do sintoma refratário. Para simplificar, o correto é iniciar a infusão com a mesma dose da medicação utilizada em bólus que alcançou o nível desejado de sedação. A velocidade de infusão poderá ser titulada mediante reavaliação do paciente após 30 minutos do início da infusão por meio da escala *Richmond Agitation Sedation Scale-Palliative Version* (RASS-PAL) (Quadro 17)¹.

A clorpromazina é um neuroléptico utilizado como opção efetiva quando o sintoma refratário é *delirium* hiperativo⁷. É recomendada a dose inicial de 12,5 mg a cada quatro a 12 horas, intravenosa, sendo possível repetir mais 12,5 mg caso não tenha sido atingido o nível desejado de sedação. Essa titulação poderá atingir 50 mg até de oito em oito horas^{4,8}. Como alternativa, a medicação poderá ser administrada em infusão contínua por meio de uma solução de 1 mg/ml composta por 50 mg (10 ml) de clorpromazina e 40 ml de solução fisiológica 0,9%, com infusão de 3 a 6 mg por hora, intravenosa, também com dose máxima de 150 mg a cada 24 horas³. Não há dados suficientes na literatura que respaldem o uso dessa medicação pela via subcutânea⁸.

AValiação DO NÍVEL DE SEDAÇÃO

Outro ponto importante é definir que o nível de sedação desejado é aquele que controla o sintoma refratário; ou seja, traz conforto. Nesse sentido, o Grupo de Trabalho de Especialistas em Sedação Paliativa da *European Association for Palliative Care's* (EAPC) indica a utilização da escala de RASS-PAL, ou ferramentas semelhantes, para avaliar os níveis de sedação em pacientes em cuidados paliativos com consciência rebaixada. De acordo com a RASS-PAL (Quadro 17), recomenda-se a manutenção do paciente entre os níveis -1 e -3, sendo aceitável o nível -4 de acordo com o seu quadro clínico⁹⁻¹².

Quadro 17 – Escala de Richmond Agitation Sedation Scale – Palliative Version

Escore	Termos	Descrição
+4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe
+3	Muito agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes, briga com ventilador (se estiver em ventilação mecânica)
+1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
-1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato visual ≥ 10 segundos
-2	Sedado leve	Acorda rapidamente e mantém contato ocular ao estímulo verbal < 10 segundos
-3	Sedado moderado	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
-4	Sedado profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas possui movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil
-5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

Fonte: Bush *et al.*¹⁰.

Não farmacológica

A partir do momento em que a equipe interprofissional, preferencialmente composta por médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista e capelão, define a necessidade de terapia de sedação paliativa, a abordagem deverá ocorrer por meio dos seguintes passos: 1) sempre que possível, envolver o paciente. Nesse momento, paciente e/ou responsável devem ser esclarecidos quanto aos sintomas em questão, falhas terapêuticas prévias, administração da sedação (via, dose, nível de consciência, monitoramento do nível de sedação e interrupção da medicação, se possível, evolução esperada dos sintomas e diferenciação de sedação paliativa e eutanásia); 2) verificar a existência de diretivas antecipadas de vontade; 3) documentar em prontuário todo o processo de obtenção de consentimento (pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), incluindo a identificação dos presentes (familiares e equipe de saúde)⁵.

Por se tratar de momento de grande sofrimento para paciente e familiares, é necessário que haja o acolhimento contínuo por toda a equipe de saúde. O acolhimento é uma postura ética que se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada (que inclua a heterogeneidade e a autonomia) e resolutividade frente às demandas apresentadas^{13,14}. Esta não se caracteriza como um espaço e não pressupõe horário e profissional específico. A comunicação, quando realizada com acolhimento, fortalece o vínculo e a relação de confiança entre equipe, paciente e família, proporciona a redução de ruídos entre eles e facilita o manejo das situações difíceis e de urgências.

REFERÊNCIAS

1. SANTOS, A. F. J.; RODRIGUES, L. F. **Manual de terapia de sedação paliativa**. São Paulo: Lemar, 2020.
2. CHERNY, N. I.; RADBRUCH, L.; BOARD OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. **Palliative Medicine**, [London], v. 23, n. 7, p. 581-593, Oct 2009. DOI 10.1177/0269216309107024.
3. CORADAZZI, A. L.; TARDELI, M. E. A. S.; CAPONERO, R. (org.). **Cuidados paliativos: diretrizes para melhores práticas**. São Paulo: MG Editores, 2019. p. 203-213.
4. CHERNY, N. I.; ESMO GUIDELINES WORKING GROUP. ESMO clinical practice guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. **Annals of Oncology**: official journal of the European Society for Medical Oncology, v. 25, p. 143-152, Sep 2014. Supplement 3. DOI 10.1093/annonc/mdu238.
5. GARETTO, F. *et al.* Palliative sedation for the terminally ill patient. **CNS Drugs**, [Auckland], v. 32 n. 10, p. 951-961, Oct 2018. DOI 10.1007/s40263-018-0576-7.
6. KRAKAUER, E. L. Sedation at the end of life. *In*: CHERNY, N. I. *et al.* (ed.). **Oxford textbook of palliative medicine**. 5th ed. [Oxford]: Oxford University Press, 2015. p. 1134-1141.
7. HASUO, H. *et al.* Factors associated with the effectiveness of intravenous administration of chlorpromazine for delirium in patients with terminal cancer. **Journal of Palliative Medicine**, [Larchmont], v. 21, n. 9, p. 1257-1264, Sep 2018. DOI 10.1089/jpm.2017.0669.
8. D'ALESSANDRO, M. P. S.; PIRES, C. T.; FORTE, D. (coord.). **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.
9. ELY, E. W. *et al.* Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). **JAMA**, [Chicago], v. 289, n. 22, p. 2983-2991, Jun 2003. DOI 10.1001/jama.289.22.2983.
10. BUSH, S. H. *et al.* The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. **BMC Palliative Care**, [S. l.], v. 13, 9 p., 2014. DOI 10.186/1472-684X-13-17.

11. AREVALO, J. J. *et al.* Palliative sedation: reliability and validity of sedation scales. **Journal of Pain Symptom Management**, [New York], v. 44, n. 5, p. 704-714, Nov 2012. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2011.11.010.
12. DESCHEPPER, R. *et al.* Palliative sedation: why we should be more concerned about the risks that patients experience an uncomfortable death. **Pain**, [Hagerstown], v. 154, n. 9, p. 1505-1508, Sep 2013. DOI 10.1016/j.pain.2013.04.038.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus>. Acesso em: 6 mar. 2021.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2006. (Série B. Textos básicos de saúde).



CAPÍTULO 14

OBSTRUÇÃO INTESTINAL MALIGNA

DEFINIÇÃO

A OIM é uma complicação frequente nos pacientes com câncer avançado do abdômen e pelve¹, particularmente naquele de origem ginecológica ou colorretal². Pode haver interrupção parcial (incompleta ou suboclusão) ou completa do trato alimentar, podendo acometer qualquer nível de forma aguda ou crônica, em sítio único ou em múltiplos locais³.

Está presente em cerca de 3% dos pacientes em cuidados paliativos oncológicos, sendo mais prevalente naqueles com câncer de ovário (de 5 a 50%)^{3,4} e colorretal (de 4 a 28%)^{3,4}, além de outras origens como estômago, vesícula, pâncreas, endométrio, bexiga e próstata⁵. Tumores malignos extra-abdominais ou pélvicos podem causar OIM secundária à metástase².

A OIM pode ser causada pelo próprio tumor primário (65%), um novo tumor primário (10%) ou causas não malignas (25%) relacionadas ou não ao tratamento oncológico (por exemplo, aderências pós-cirúrgicas, hérnias, enterite actínica, íleo adinâmico, trombose mesentérica, uso de drogas constipantes)^{3,5}. Diferentes mecanismos estão envolvidos no surgimento da OIM, como obstrução mecânica extrínseca (compressão da luz intestinal por massa tumoral intraperitoneal, aderências, fibrose pós-radioterapia), intraluminal (tumores polipoides obstruindo a luz intestinal), intramural por infiltração tumoral da parede gastrointestinal (linite plástica) e obstrução funcional, quando ocorre uma desordem na motilidade intestinal secundária a íleo adinâmico (metabólico, infecção intraperitoneal), uso de drogas constipantes (opioides, anticolinérgicos), compressão tumoral sobre plexos neurais autônomos (infiltração tumoral mesentérica e/ou plexo celíaco) ou neuropatia paraneoplásica (câncer de pulmão)³.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico da OIM normalmente é feito mediante sinais e sintomas e exames radiológicos. A obstrução pode progredir lentamente de parcial para completa, com sintomas intermitentes no início, aumentando ao longo do tempo, até se tornarem contínuos, sendo frequentemente difícil distinguir entre as duas formas¹. Os sintomas mais frequentes são náuseas e vômitos, dor, constipação e distensão abdominal:

- **Vômitos:** presentes de 68 a 100% dos casos, costumam vir acompanhados de náuseas. Surgem precocemente e em grandes volumes nas obstruções altas do trato digestivo. São tardios na obstrução baixa, podendo ser fecaloides nas obstruções do íleo distal.
- **Dor:** pode ser contínua (90% dos pacientes), relacionada ao tumor primário, distensão abdominal ou hepatomegalia, e/ou do tipo cólica (75% dos pacientes), que costuma ser mais intensa e frequente nas obstruções altas e ausentes no íleo adinâmico.
- **Constipação:** aparece na fase mais avançada da OIM. Contudo, algumas vezes, surge diarreia paradoxal, com eliminação de fezes líquidas por transbordamento.
- **Distensão abdominal:** é mais evidente nas obstruções baixas (colorretais), podendo não estar presente se houver obstrução em múltiplos pontos.

Anorexia e xerostomia também costumam estar presentes¹.

A radiografia simples do abdômen pode evidenciar distensão de alças, níveis hidroaéreos, presença de fezes no cólon, entre outros. A tomografia computadorizada do abdômen e pelve, além de evidenciar sinais de obstrução, é útil na avaliação da extensão da doença oncológica, o que pode ser importante para a tomada de decisão terapêutica¹.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica da OIM na Unidade de Cuidados Paliativos INCA envolve abordagens intervencionistas, farmacológicas e não farmacológicas, por equipe interprofissional.

Intervencionista e farmacológica

A abordagem cirúrgica deve sempre ser considerada^{5,6}. Entretanto, muitos pacientes não estão aptos a esses procedimentos por falta de condições clínicas. Entre os potenciais fatores de risco para indicação cirúrgica, estão a ascite volumosa (maior que 2l), carcinomatose peritoneal, KPS (Anexo 2) menor que ou igual a 30%, múltiplos sítios de obstrução, caquexia, hipoalbuminemia (menor que 2,5 g/dl), múltiplas cirurgias abdominais prévias, obstrução intestinal recorrente, massa intra-abdominal palpável, idade avançada, expectativa de vida menor que dois meses, radioterapia abdominal ou pélvica prévia, extensa metástase hepática (com falência funcional), metástases extra-abdominais (especialmente pulmonar), derrame pleural^{6,7}.

A utilização de endoprótese para correção de quadros OIM pode ser útil no paciente sem condições clínicas para a cirurgia. As endopróteses podem ser utilizadas tanto nas obstruções altas (gastroduodenais) quanto nas colorretais, sendo implantadas por procedimento endoscópico. São descritas taxas de controle de sintomas entre 64 e 100% das obstruções colorretais e em cerca de 70% nas obstruções altas. As contraindicações mais comuns são a presença de múltiplos sítios de obstrução (carcinomatose peritoneal), enquanto as complicações mais frequentes estão relacionadas a sangramento, deslocamento da endoprótese, reobstrução pelo tumor e perfuração⁶.

Além disso, nos pacientes em que a abordagem cirúrgica não é possível ou indicada, o controle dos sintomas relacionados à OIM é geralmente alcançado pelo manejo farmacológico, que consiste na utilização principalmente de drogas com ação antiemética, analgésicas e antissecretórias, geralmente associadas (Quadro 18), o que pode afastar a necessidade de SNG ou infusão de fluidos por via parenteral. Estando a via oral frequentemente comprometida na OIM, principalmente pelos vômitos, a via venosa pode ser utilizada geralmente quando o paciente já possui um cateter venoso profundo, ou preferencialmente a via subcutânea, por apresentar menor desconforto ao paciente e ser de fácil manipulação por cuidadores ou familiares em domicílio^{7,8}.

Quadro 18 – Abordagem farmacológica na obstrução intestinal maligna

Fármacos
Morfina (opioide) - para o controle da dor abdominal e redução da motilidade intestinal, com titulação de dose de acordo com a necessidade, vias SC ou intravenosa
Haloperidol (butirofenona, agente antagonista dopaminérgico central) - antiemético de escolha nas obstruções completas - 1,5-15 mg/dia, vias SC ou IM
Ondansetrona (antagonista do receptor 5-HT3 da serotonina) - antiemético - 8-24 mg/dia, vias SC ou intravenosa
Metoclopramida (pró-cinético) - antiemético. Para quadros de obstrução funcional ou parcial, desde que não haja cólica. Não deve ser utilizada nos quadros de obstrução completa pelo risco de aumento da cólica e até perfuração de alça - 30-120 mg/dia, vias SC ou intravenosa

continua

continuação

Fármacos
Dexametasona (esteroide) - antiemético (principalmente quando associado a antagonista da serotonina ou fenotiazinas), atua na redução do edema peritumoral e perineural, o que pode ajudar na redução da obstrução da luz intestinal, além de ação analgésica indireta, reduzindo a distensão intestinal e inflamação - 8-16 mg/dia, vias SC ou intravenosa
Escopolamina (anticolinérgico) - ação no controle da dor tipo cólica, náuseas e vômitos por meio da redução da motilidade e secreções gastrointestinais - 40-120 mg/dia, vias SC ou intravenosa
Clorpromazina (fenotiazinico) - antiemético central. Induz sedação - 25-100 mg/dia, vias intravenosa ou IM
Octreotida (análogo sintético da somatostatina) - diminui o fluxo sanguíneo esplâncnico, inibe as secreções gastrointestinais e a mobilidade intestinal, e aumenta a absorção de água e eletrólitos da luz intestinal. Atua no controle da dor, náuseas e vômitos - 0,3-0,9 mcg/dia, vias SC ou intravenosa

Fonte: Yu³; Laval⁴; Berger⁸.

Legendas: SC: Subcutânea; IM: Intramuscular.

Pacientes com OIM podem apresentar desidratação. Apesar de controversa, a hidratação intravenosa, embora não propicie benefícios na sede e xerostomia, pode prevenir quadros de agitação e *delirium*, e diminuir náuseas nos pacientes tratados com mais de 1 mil ml de hidratação parenteral por dia. Atenção deve ser dada ao risco de efeitos adversos, como o aumento das secreções intestinais^{2,3}.

A utilização de SNG para esvaziamento do conteúdo gástrico e alívio dos sintomas pode ser necessária nos primeiros dias da OIM, até se obter efeito com o tratamento farmacológico, sobretudo nas obstruções altas (gastroduodenais e jejunais). Entretanto, seu uso prolongado não é recomendado. Quando for preciso manter SNG por período prolongado, deve ser considerada a realização de gastrostomia descompressiva por intervenção cirúrgica ou por métodos percutâneos⁹.

Não farmacológica

Algumas intervenções são importantes, entre elas, a promoção de medidas de higiene e um ambiente calmo e acolhedor; manutenção da cabeceira

elevada pelo menos a 30° para reduzir risco de broncoaspiração; realização de exame físico diário; controle dos sinais vitais; avaliação contínua de sintomas; efeitos colaterais de medicamentos; capacidade de ingerir alimentos; e fornecimento de informações e educação dos pacientes e familiares quanto ao manuseio dos dispositivos como SNG e gastrostomias^{10,11}.

Além disso, pacientes com OIM apresentam frequentemente xerostomia pela desidratação e uso de drogas anticolinérgicas ou opioides. Para amenizar o sintoma, é necessária realização da higienização oral, uso de hidratantes para mucosa oral (saliva artificial), ingestão de pequenos volumes de líquidos, sucos, ou umidificação dos lábios com água ou gelo^{11,12}.

Nos primeiros dias da OIM, enquanto os sintomas não estão adequadamente controlados, pode ser mandatório manter o paciente em jejum absoluto. A estratégia nutricional para os casos de OIM possui como base a indicação de uma alimentação isenta ou pobre em resíduos. Essa conduta tem como fundamento reduzir o volume fecal, diminuindo a impactação das fezes no trato digestivo e evitar sintomas como dor, vômitos e distensão abdominal¹³. A prescrição dietoterápica deverá ter como característica uma consistência líquida restrita que sacie a sede, promova a hidratação dos tecidos, a satisfação oral, repouse o trato digestivo e amenize a sintomatologia. Os alimentos recomendados, em volume geralmente reduzido, são: água, água de coco, infusões, caldos de legumes ou proteicos coados, sucos de frutas coados, gelatina, picolés à base de frutas coadas e alimentos sem lactose¹³.

A terapia nutricional parenteral pode ser indicada para pacientes com impossibilidade total ou parcial do uso do trato gastrointestinal, como em OIM, vômitos incoercíveis ou presença de fístulas intestinais. Entretanto, não é uma via de escolha para pacientes com expectativa de vida menor do que três meses e com baixa capacidade funcional. Potenciais complicações advindas da terapia nutricional parenteral, o elevado custo financeiro e a necessidade de cuidados especiais para sua administração são aspectos que, na maioria das vezes, contraindicam sua prescrição e precisam ser ponderados pela equipe¹⁴.

Além disso, faz-se necessária a realização da avaliação social do paciente para elencar todas as informações e necessidades do sujeito social em suas esferas civis, econômicas e sociais. Tal abrangência é recomendada para avaliar se haverá condições dignas e humanizadas que garantam o cuidado diante do sintoma exposto. Possibilitar o acesso à informação, o vínculo com os serviços públicos de assistência e, conseqüentemente, as condições materiais necessárias à efetivação do cuidado permite uma consciência de que esse cuidado é um direito a ser garantido^{11,15}.

REFERÊNCIAS

1. RIPAMONTI, C. I.; EASSON, A. M.; GERDES, H. Bowel obstruction. *In*: CHERNY, N. *et al.* (ed.). **Oxford textbook of palliative medicine**. 5th. ed. Nova York: Oxford University Press, 2015. p. 919-929.
2. O'CONNOR, B.; CREEDON, B. Pharmacological treatment of bowel obstruction in cancer patients. **Expert Opinion on Pharmacotherapy**, [London], v. 12, n. 14, p. 2205-2214, Oct 2011. DOI 10.1517/14656566.2011.597352.
3. YU, K. *et al.* Surgical and conservative management of malignant bowel obstruction: outcome and prognostic factors. **Cancer Management and Research**, [Auckland, NZ], v. 12, p. 7797-7803, Aug 2020. DOI 10.2147/CMAR.S256219.
4. LAVAL, G. *et al.* Recommendations for bowel obstruction with peritoneal carcinomatosis. **Journal of Pain Symptom Management**, [New York], v. 48, n. 1, p. 75-91, July 2014. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2013.08.022.
5. NORTHERN HEALTH. Advisory committee. **Palliative care program symptom guidelines**. 4th. ed. Prince George: Northern Health, 2019.
6. DANIELE, A. *et al.* Palliative care in patients with ovarian cancer and bowel obstruction. **Support Care Cancer**, [Berlin], v. 23, n. 11, p. 3157-3163, Nov 2015. DOI 10.1007/s00520-015-2694-9.
7. KROUSE, R. S. Malignant bowel obstruction. **Journal of Surgical Oncology**, [S. l.], v. 120, n. 1, p. 74-77, 2019. DOI 10.1002/jso.25451.
8. BERGER, J.; LESTER, P.; RODRIGUES, L. Medical therapy of malignant bowel obstruction with octreotide, dexamethasone, and metoclopramide. **The American Journal of Hospice & Palliative Care**, [Thousand Oaks], v. 33, n. 4, p. 407-410, May 2016. DOI 10.1177/1049909115569047.
9. FRANKE, A. J. *et al.* Management of malignant bowel obstruction associated with gi cancers. **Journal of Oncology Practice**, [Alexandria, VA], v. 13, n. 7, p. 426-434, July 2017. DOI 10.1200/JOP.2017.022210.
10. CAMPBELL, M. L. **Cuidados paliativos em enfermagem**. Porto Alegre: McGraw Hill, 2011.
11. D'ALESSANDRO, M. P. S.; PIRES, C. T.; FORTE, D. (coord.). **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.
12. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Consenso nacional de nutrição oncológica**. 2. ed. rev. ampl. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

13. CALIXTO-LIMA, L.; GONZALEZ, M. C. **Nutrição clínica no dia a dia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rúbio, 2018.
14. DRUML, C. *et al.* ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. **Clinical Nutrition**: official journal of the European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, [Kidlington], v. 35, n. 3, p. 545-556, June 2016. DOI 10.1016/j.clnu.2016.02.006.
15. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2011. (Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais). Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf. Acesso em: 7 mar. 2021.



CAPÍTULO 15

SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR

DEFINIÇÃO

A SCM é causada pela invasão ou compressão do saco dural por doença neoplásica primária ou secundária, ou ainda fragmentos ósseos decorrentes de fratura patológica vertebral¹. A presença de massa tumoral no espaço epidural gera compressão e obliteração do plexo venoso vertebral, causando edema vasogênico no conteúdo medular. Esse processo, se progressivo, pode gerar enfartamento local e danos irreversíveis à medula².

As neoplasias mais comumente associadas à SCM são as de pulmão, próstata, mieloma múltiplo, mama, linfomas, medula e rim^{2,3}. Aproximadamente 60% dos casos envolvem o nível torácico, 25%, o nível lombossacro e 15% comprometem o nível cervical². Envolvimento simultâneo de níveis são encontrados em de 20 a 35% dos casos³.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A SCM é uma emergência oncológica que requer rápido reconhecimento para pronto tratamento, com objetivo de maximizar a função neurológica do paciente, sua capacidade funcional e o controle local da doença neoplásica. Sintomas como dor nas costas e fraqueza de membros devem levar à suspeição de SCM em pacientes com câncer. Assim como sensação de fraqueza, dores radiculares, dor ou paresia em dermatômos representativos, e ainda incontinência ou retenção urinária ou fecal².

Após anamnese e exame físico, a ressonância nuclear magnética de coluna total é o exame de imagem de escolha^{2,3}. A tomografia computadorizada deve ser a opção quando a ressonância não estiver disponível³.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica da SCM na Unidade de Cuidados Paliativos do INCA envolve a terapia farmacológica e a não farmacológica instituída por equipe interprofissional, com os destaques a seguir.

Farmacológica

O tratamento farmacológico deve incluir analgesia adequada (Capítulo 6), prevenção de constipação (Capítulo 8) e tromboembolismo venoso (TEV). A corticoterapia tem como objetivo diminuir o edema vasogênico, aumentando a taxa de deambulação e auxiliando na analgesia: dexametasona 10 mg intravenosa como dose de ataque mais 4 mg intravenosas a cada seis horas³.

As opções de tratamento para SCM incluem a radioterapia externa com ou sem cirurgia. Avanços na radioterapia, como a radioterapia estereotáxica corporal, permitem a administração de altas doses de radiação, gerando controle local de doença e de dor por longos períodos². Reserva-se a cirurgia para pacientes que tenham uma boa funcionalidade, tumores radiorresistentes, nível único de compressão medular ou instabilidade. Abordagens cirúrgicas variam desde procedimentos abertos convencionais até técnicas minimamente invasivas cujos objetivos incluem ressecção tumoral, descompressão da medula e/ou estabilização do eixo. Para ser submetido à cirurgia, o paciente deve ter uma expectativa mínima de vida de três meses².

Não farmacológica

FASE AGUDA (INICIAL)

Na SCM, além do diagnóstico precoce, a equipe assistencial deve estar atenta à origem da compressão, aos mecanismos de lesão, aos medicamentos em uso, além de aplicar corretamente as medidas e intervenções adequadas para prevenção de complicações que impactam na qualidade de vida e sobrevida do paciente⁴.

Nessa fase, é fundamental compreender o contexto em que o paciente está inserido, considerando aspectos sociais, econômicos e culturais que influenciam no processo saúde doença e a construção de um plano de cuidados individualizado. Acolher a família, reconhecendo-a como parte da unidade de cuidados, e conhecer a rede de suporte social, é indispensável, especialmente pelas limitações geradas pela SCM. É também é uma forma de assegurar o atendimento às necessidades básicas de cuidados do usuário e a manutenção da autonomia⁵.

Todos os pacientes com SCM precisam de avaliação respiratória, motora e neurológica, avaliação do KPS (Anexo 2) e dos sintomas que interferem na funcionalidade. Analisar a mobilização global, transferências de postura, padrão de marcha e risco de queda, além do estado funcional global, averiguando o uso de órteses e auxiliares de marcha (adaptações prévias,

necessidade de troca ou nova adaptação), são necessários na fase aguda e na crônica⁶.

Cuidados na fase aguda da SCM:

- **Repouso absoluto:** enquanto o tratamento definitivo é delimitado, deve-se garantir repouso no leito, adequação e orientação postural, treino de mobilizações no leito e transferências de postura.
- **Segurança do paciente:** promover um ambiente confortável e seguro, com temperatura ambiente agradável, manter grades do leito elevadas e a campainha hospitalar próxima ao paciente para evitar possíveis quedas. O paciente, os familiares e toda a equipe multiprofissional responsável pelo cuidado devem ser informados sobre o risco de queda e uma sinalização visual para essa identificação deve ser fixada.
- **Controle da dor:** avaliação sistemática da dor, adequação dos horários das medicações e controle dos possíveis efeitos colaterais⁷. A eletroanalgesia (eletroestimulação nervosa transcutânea, eletroacupuntura e *laser*), termoterapia (calor superficial e crioterapia), acupuntura e auriculoterapia são recursos utilizados no serviço.
- **Uso de órteses:** as órteses estabilizadoras (coletes e colares) estão indicadas para os pacientes que evoluem com SCM por metástase óssea ou nos casos em que o paciente não tenha controle de tronco; já nas SCM por tumores medulares ou em lesões extrínsecas, não há benefício comprovado para o seu uso. Os coletes e colares têm a função de diminuir as forças de tração, torção e cisalhamento, reduzindo o torque muscular sobre as vértebras e a dor. Para a adaptação dos dispositivos de estabilização, as órteses semirrígidas (pré-fabricadas) podem ser usadas, pela melhor adaptabilidade e melhor custo-benefício, uma vez que a flutuação constante do peso corporal faz com que haja a necessidade da sua troca. As órteses devem ser ajustadas ao paciente, pois alguns tumores impõem posicionamentos que não permitem a adaptação tal como ela vem de fábrica e, por isso, deve ser ajustada para que se adapte ao paciente. Todas as condutas devem ser orientadas ao paciente e ao cuidador, pois a educação e treinamento de ambos quanto ao manejo são determinantes para a garantia da continuidade do cuidado no domicílio.
- **Monitorar as funções vesical e intestinal:** dependendo do nível e do comprometimento da lesão medular, o paciente pode apresentar retenção ou incontinência urinária. Na maioria dos casos, o cateterismo vesical pode ser necessário, logo o paciente e o familiar devem ser orientados sobre o procedimento. A SCM está associada frequentemente à constipação. Embora, na maioria das lesões medulares, não seja possível a recuperação do controle intestinal do paciente, um programa

de reeducação, que inclui dieta rica em fibras, aumento da ingestão de água, acompanhamento nutricional, massagens abdominais e estimulação digitorretal, realizados, preferencialmente, no mesmo horário, conforme o ciclo intestinal do paciente, que pode ser diário ou em dias alternados, pode fazer com que o intestino funcione de forma regular, proporcionando mais conforto e segurança ao paciente^{7,8}.

- **Exercícios passivos e ativo-assistidos:** os exercícios passivos são indicados para os pacientes plégicos, prevenindo bloqueios, deformidades articulares e TEV. Os exercícios ativo-assistidos são recomendados para pacientes com força muscular graus de 1 a 3(-), e devem ser encorajados, uma vez que, nos casos em que o paciente é submetido à radioterapia ou à cirurgia, deve haver o incremento da força muscular. Os exercícios ativos são utilizados para graus de força muscular maiores do que 3. Todos os exercícios devem ser prescritos cautelosamente, considerando a estabilização adequada da compressão, respeitando o tempo da radioterapia, com prescrições mais simples para manutenção da força muscular. Exercícios com adição de pesos livres não devem ser realizados na fase aguda da SCM; nas fases posteriores, a prescrição deve ser cautelosa, avaliando os exames de imagem, uso de bisfosfonatos (para medula óssea) e outros sintomas.
- **TEV:** atuar na profilaxia e detecção precoce, considerando que a imobilidade ou mobilidade reduzida é um dos fatores de risco para essa complicação. Avaliar, diariamente, a coloração da pele e a perfusão periférica, orientar familiares e cuidadores sobre exercícios de amplitude de movimento e elevação dos membros inferiores e ensinar àqueles que fazem uso de trombofiláticos⁸.

FASE CRÔNICA (TARDIA)

Na fase crônica, os cuidados iniciados previamente devem ser mantidos e reavaliados periodicamente.

A equipe assistencial deve avaliar as questões relativas aos cuidados no domicílio: se haverá a necessidade de algum material que objetive maior conforto (cama hospitalar, por exemplo); e como se dará o deslocamento do usuário (domicílio *versus* hospital), a inserção em algum programa de assistência domiciliar ou a possibilidade de seguir para outro espaço de cuidados.

As orientações e encaminhamentos relacionados aos benefícios e direitos sociais previstos ocupam um espaço singular nessa área de atuação. Na previdência social, destaca-se a possibilidade de majoração do benefício

previdenciário em caso assistência permanente de terceiros ao segurado aposentado por invalidez (acréscimo de 25%). Outro fator importante é avaliar a indicação de ser constituída uma representação legal mediante procuração ou curatela.

A prescrição dos exercícios será adequada ao grau de força muscular do paciente e a presença de outros sintomas associados. As órteses também devem ser mantidas, uma vez que a doença de base está em progressão e, tão logo a dor esteja controlada, incentiva-se a retomada da funcionalidade.

Os cuidados com a pele devem ser intensificados, pois uma das complicações frequentes e debilitantes encontradas em pacientes com SCM é a lesão por pressão, que pode ser responsável por hospitalizações prolongadas e infecções⁴. A pele deve ser inspecionada diariamente e o paciente e familiar orientados sobre medidas para prevenir e tratar as lesões. A hidratação da pele também é importante para os pacientes que são submetidos à radioterapia e deve ser feita após cada aplicação. Cabe à equipe multiprofissional oferecer suporte emocional ao paciente e seus familiares e apoio para o enfrentamento das limitações.

REFERÊNCIAS

1. SKEOCH, G. D. *et al.* Corticosteroid treatment for metastatic spinal cord compression: a review. **Global Spine Journal**, [London], v. 7, n. 3, p. 272-279, May 2017. DOI 10.1177/2192568217699189.
2. HUSAIN, Z. A. *et al.* Modern approaches to the management of metastatic epidural spinal cord compression. **CNS Oncology**, [London], v. 6, n. 3, p. 231-241, July 2017. DOI 10.2217/cns-2016-0044.
3. MOTA, J. M. S. C. Emergências oncológicas: síndrome de compressão medular na emergência. **Revista Qualidade HC**, Ribeirão Preto, 2018.
4. TROKE, R.; ANDREWES, T. Nursing considerations for supporting cancer patients with metastatic spinal cord compression: a literature review. **British Journal of Nursing**, [London], v. 28, n. 17, p. S24-29, Sep 2019. DOI 10.12968/bjon.2019.28.17.S24.
5. ANDRADE, L. O papel do assistente social em equipes de cuidados paliativos: visão geral. *In*: ANDRADE, L. (org.). **Cuidados paliativos e Serviço Social: um exercício de coragem**. Holambra, SP: Ed. Setembro, 2015. v. 2. p. 103.
6. HONG, S. *et al.* Bone metastasis and skeletal-related events in patients with solid cancer: A Korean nationwide health insurance database study. **PLoS One**, San Francisco, v. 15, n. 7, e0234927, July 2020. DOI 10.1371/journal.pone.0234927.
7. BOBB, B. Urgent syndromes at the end of life. *In*: FERRELL, B. COYLE, N. (ed.). **Oxford textbook of palliative nursing**. 3rd. ed. New York: Oxford University Press, 2010. p. 512-515.
8. SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.



CAPÍTULO 16



SANGRAMENTO

DEFINIÇÃO

No contexto deste livro, sangramento é definido como qualquer escape de sangue dos vasos em virtude das causas relacionadas à doença oncológica avançada, podendo resultar em rápida redução do volume de sangue circulante¹. Aproximadamente, de 6 a 20% desses pacientes apresentam pelo menos um episódio durante o percurso da doença²⁻⁴, sendo responsável por cerca de 6% dos casos de óbito¹.

As causas podem ser relacionadas ao próprio tumor (angiogênese, invasão local, tamanho e localização do tumor), ao tratamento (procedimentos cirúrgicos e radioterapia) e a fatores sistêmicos (trombocitopenia e coagulação intravascular disseminada), coagulopatias, idade maior do que 50 anos, perda de 10 a 15% de peso corporal e comorbidades comuns, como diabetes *mellitus*. Alguns medicamentos comumente utilizados podem exacerbar essa alteração, como anti-inflamatórios não esteroides e anticoagulantes^{2,4-5}.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A ocorrência de qualquer sangramento, independente do volume, pode ser considerada um fator de risco para episódio futuro de evento hemorrágico e um sinal de alarme para condutas preventivas⁶. Além disso, alguns exames (tomografia computadorizada ou *Doppler*) podem expor vasos suscetíveis a sangramento. Em alguns casos, os pacientes podem não apresentar sinais e sintomas que predisponham a um sangramento importante, sendo assim os profissionais de saúde devem estar atentos para essa ocorrência em todos os pacientes com fatores de risco¹.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica do sangramento na Unidade de Cuidados Paliativos do INCA é instituída por equipe interprofissional, com os destaques a seguir.

Terapia sistêmica

A abordagem individualizada deve ser considerada e pode ser embasada em vários fatores como: as causas subjacentes; possibilidade de reverter ou controlar a etiologia subjacente; relação risco-benefício do tratamento; sobrevida; e metas de cuidado.

Quando o local do sangramento não é facilmente acessível para o uso de terapia local, utiliza-se o tratamento sistêmico. O ácido tranexâmico e o ácido aminocaproico são agentes antifibrinolíticos sintéticos. Alguns estudos destacam o uso desses agentes em sangramentos oriundos de doenças oncológicas. O ácido tranexâmico pode ser utilizado por via intravenosa, em dosagem de 1 mil mg, três vezes ao dia. Controlado o sangramento agudo, continua-se com a administração oral de 3 mil mg por dia como dose de manutenção⁷. E o ácido aminocaproico, também administrado por via intravenosa, com a dose de 100 a 200 mg/kg, de três a quatro vezes por dia⁸.

O uso de sedativos ou ansiolíticos, comumente o midazolam, objetiva reduzir o sofrimento do paciente⁶ e induzir sedação rápida (Capítulo 13). É importante frisar que o uso desses medicamentos não visa a apressar a morte, mas a reduzir a angústia e a consciência até a sua ocorrência.

Em relação ao uso de opioide, existem muitas preocupações com essa prática, uma vez que a administração de grandes doses para pacientes sem dor levanta dilemas éticos e a conotação de “eutanásia”⁶. Consequentemente, são recomendados apenas quando o paciente não está em morte iminente e apresenta sintomas como dor e falta de ar¹.

Transfusões de sangue total ou hemoderivados podem ser indicadas para pacientes hemodinamicamente instáveis e com sangramento ativo².

Terapia local

Quando o local do sangramento é acessível, pode ser aplicado curativo não aderente, esponja cirúrgica hemostática ou curativo hemostático de alginato para o devido controle^{2,9}.

Pacientes hemodinamicamente estáveis o suficiente para serem transportados podem se beneficiar da radioterapia anti-hemorrágica. Esse procedimento pode ser aplicado em um pequeno número de frações, sendo eficaz dentro de 24 a 48 horas após a aplicação da primeira dose¹⁰.

Os procedimentos endoscópicos, como a broncoscopia, cistoscopia, esofagogastroduodenoscopia e colonoscopia, podem ser usados para identificar e tratar sangramentos oriundos de tumores por intermédio da

visualização dos órgãos². Geralmente, tumores menos avançados e sem sangramento difuso possuem um maior benefício com esse tratamento^{11,12}.

A embolização transcutánica pode ser usada com uma variedade de dispositivos mecânicos ou agentes esclerosantes¹³. Também existem relatos de sucesso com o uso de embolização arterial no tratamento de sangramento em câncer de cabeça e pescoço¹⁴.

Um pequeno grupo de pacientes, considerados aptos, pode se beneficiar com a cirurgia. Esse procedimento é indicado quando houver falha nas medidas conservadoras. Em grande parte dos casos, a cirurgia consiste na ligadura de vasos maiores ou na remoção de tecido com sangramento².

Terapia de suporte

Em primeiro lugar, é importante certificar-se de que o sangramento não seja por conta da aderência do curativo ou da limpeza vigorosa inadequada da ferida. Posteriormente, sendo possível, aplicar pressão direta no local e proteção da área de sangramento de traumas.

Se o paciente apresentar uma hemorragia maciça e estiver claramente morrendo, o suporte e as intervenções não farmacológicas são mais importantes do que tentar administrar medicamentos, como sedativos. Geralmente, a perda da consciência ocorre rapidamente.

Nesse caso, o profissional de saúde deve manter a calma, falar com o paciente, consolando-o e deixando-o em posição confortável. Acalmar a ansiedade associada a essa situação estressante é importante para o gerenciamento eficaz de hemorragia terminal em um ambiente de hospital. Também se faz necessário aconselhar o cuidador a falar ou tocar no paciente para tranquilizá-lo, mostrando que ele não está sozinho.

Roupas de cama e toalhas de cor escura devem ser utilizadas para reduzir o desgaste da visibilidade do sangramento. A visualização do sangue é traumática para aqueles que testemunham o evento.

Os cuidadores de pacientes com risco de sangramento importante devem ser informados e preparados para esse tipo de evento. No entanto, isso deve ser feito com sensibilidade, para não provocar muito medo. Todos os envolvidos com um paciente com sangramento (família, cuidadores e equipe) podem precisar de apoio.

REFERÊNCIAS

1. UBOGAGU, E.; HARRIS, D. G. Guideline for the management of terminal haemorrhage in palliative care patients with advanced cancer discharged home for end-of-life care. **BMJ Supportive & Palliative Care**, [London], v. 2, n. 4, p. 294-300, Dec 2012. DOI10.1136/bmjspcare-2012-000253.
2. JOHNSTONE, C.; RICH, S. E. Bleeding in cancer patients and its treatment: a review. **Annals of Palliative Medicine**, [Hong Kong], v. 7, n. 2, p. 265-273, Apr 2018. DOI 10.21037/apm.2017.11.01.
3. CARTONI, C. *et al.* Hemorrhagic complications in patients with advanced hematological malignancies followed at home: an Italian experience. **Leukemia & Lymphoma**, [Philadelphia], v. 50, n. 3, p. 387-391, Mar 2009. DOI 10.1080/10428190802714024.
4. HARRIS, D. G. *et al.* The use of crisis medication in the management of terminal haemorrhage due to incurable cancer: a qualitative study. **Palliative Medicine**, v. 25, n. 7, p. 691-700, Oct 2011. DOI 10.1177/0269216311401464.
5. HARRIS, D. G.; FLOWERS, S.; NOBLE, S. I. Nurses' views of the coping and support mechanisms experienced in managing terminal haemorrhage. **International Journal of Palliative Nursing**, [London], v. 17, n. 1, p. 7-13, Jan 2011. DOI 10.12968/ijpn.2011.17.1.7.
6. HARRIS, D. G.; NOBLE, S. I. R. Management of terminal hemorrhage in patients with advanced cancer: a systematic literature review. **Journal of Pain and Symptom Management**, [New York], v. 38, n. 6, p. 913-927, Dec 2009. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2009.04.027.
7. GEIST, M. J. P. *et al.* Bleeding control in palliative care patients with the help of tranexamic acid. **Journal of Palliative Care**, [Thousand Oaks], v. 32, n. 2, p. 47-48, Apr 2017. DOI 10.1177/0825859717731701.
8. CONTROLE de sintomas do câncer avançado em adultos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 243-256, jul./set. 2000.
9. HEALTHCARE IMPROVEMENT SCOTLAND. **Scottish palliative care guidelines: bleeding**. Ediburgh; Glasgow: NHS, 2019. Disponível em: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/media/71252/2019-bleeding.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2021.
10. HARTSELL, W. *et al.* Randomized trial of short-versus long-course radiotherapy for palliation of painful bone metastases. **Journal of the National Cancer Institute**, [Cary, N.C.], v. 97, n. 11, p. 798-804, June 2005. DOI 10.1093/jnci/dji139.
11. LEBLANC, S. *et al.* Early experience with a novel hemostatic powder used to treat upper GI bleeding related to malignancies or after therapeutic

- interventions (with videos). **Gastrointestinal Endoscopy**, [St. Louis], v. 78, n. 1, p. 169-175, July 2013. DOI 10.1016/j.gie.2013.03.006.
12. CHEN, Y. I.; *et al.* Use of the endoscopically applied hemostatic powder TC-325 in cancer-related upper GI hemorrhage: preliminary experience (with video). **Gastrointestinal Endoscopy**, [St. Louis], v. 75, n. 6, p. 1278-1281, June 2012. DOI 10.1019/j.jgie.2012.02.009.
13. DELGAL, A. *et al.* Outcome of transcatheter arterial embolization for bladder and prostate hemorrhage. **The Journal of Urology**, [Philadelphia], v. 183, n. 5, p. 1947-1953, May 2010. DOI 10.1016/j.juro.2010.01.003.
14. BATES, M. C.; SHAMSHAM, F. M. Endovascular management of impending carotid rupture in a patient with advanced head and neck cancer. **Journal of Endovascular Therapy: an official journal of the journal of the International Society of Endovascular Specialists**, [Thousand Oaks], v. 10, n. 1, p. 54-57, Feb 2003. DOI 10.1177/152660280301000112.



CAPÍTULO 17

the frequency range 10–200 Hz. The frequency range 10–200 Hz is the most important for the assessment of human exposure to vibration because it is the range in which the most significant effects are observed. The frequency range 10–200 Hz is also the range in which the most significant effects are observed.

The frequency range 10–200 Hz is the most important for the assessment of human exposure to vibration because it is the range in which the most significant effects are observed. The frequency range 10–200 Hz is also the range in which the most significant effects are observed.

The frequency range 10–200 Hz is the most important for the assessment of human exposure to vibration because it is the range in which the most significant effects are observed. The frequency range 10–200 Hz is also the range in which the most significant effects are observed.

The frequency range 10–200 Hz is the most important for the assessment of human exposure to vibration because it is the range in which the most significant effects are observed. The frequency range 10–200 Hz is also the range in which the most significant effects are observed.

The frequency range 10–200 Hz is the most important for the assessment of human exposure to vibration because it is the range in which the most significant effects are observed. The frequency range 10–200 Hz is also the range in which the most significant effects are observed.

The frequency range 10–200 Hz is the most important for the assessment of human exposure to vibration because it is the range in which the most significant effects are observed. The frequency range 10–200 Hz is also the range in which the most significant effects are observed.

The frequency range 10–200 Hz is the most important for the assessment of human exposure to vibration because it is the range in which the most significant effects are observed. The frequency range 10–200 Hz is also the range in which the most significant effects are observed.

SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR

DEFINIÇÃO

A SVCS representa um conjunto de sinais (dilatação das veias do pescoço, pletora facial, edema de membros superiores, cianose) e sintomas (cefaleia, dispneia, tosse, ortopneia e disfagia, entre outros) decorrentes da obstrução do fluxo sanguíneo pela veia cava superior em direção ao átrio direito. A veia cava superior é vulnerável à obstrução por ter paredes finas que são facilmente compressíveis e estar localizada no mediastino cercada de estruturas rígidas, como esterno, traqueia, brônquio fonte direito, aorta, linfonodos e artéria pulmonar direita^{1,2}.

A SVCS é considerada uma urgência oncológica grave, acometendo principalmente pacientes portadores de neoplasias malignas intratorácicas³. Sua causa mais frequente é o câncer broncogênico, correspondendo a 75% dos casos. De 3 a 5% dos pacientes com câncer de pulmão evoluem com a SVCS durante a progressão da doença². Entretanto, há outras causas menos comuns (Quadro 19).

Quadro 19 – Principais causas da síndrome da veia cava superior

Causas
Neoplasia pulmonar
Linfoma
Metástase de câncer de mama
Doenças malignas do mediastino
Tromboses relacionadas a cateteres
Bócio subesternal de grandes proporções

Fonte: Cirino *et al.*¹

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico da SVCS é baseado em um conjunto de sinais e sintomas resultantes da obstrução venosa central e suas consequências (Quadro 20). Há ainda o edema cerebral que pode provocar cefaleia, confusão mental e até coma.

Quadro 20 – Principais sinais e sintomas da síndrome da veia cava superior

Sintomas	Sinais
Dispneia (principal)	Formação de circulação colateral
Edema facial	Pletora facial
Tosse	Edema de membros inferiores
Dor torácica	Cianose
Disfagia	
Edema de membro superior	

Fonte: Cirino *et al.*¹

Podem ser realizados os seguintes exames complementares:

- Tomografia computadorizada de tórax: para identificação da etiologia da obstrução, nível e extensão, presença de compressão extrínseca e invasão. É o principal exame para o diagnóstico.
- Radiografia de tórax: para verificação do alargamento do mediastino e derrame pleural.
- Ecografia: para identificação de trombose, podendo ser feita à beira do leito.
- Cavografia: para identificação do local e da extensão da obstrução.
- Mediastinoscopia paraesternal: para o diagnóstico histopatológico das massas mediastinais.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O objetivo do tratamento é aliviar os sintomas e tratar a causa-base. Portanto, dependerá da gravidade dos sintomas, da causa da obstrução, do tipo histológico e do estágio do tumor que está causando a obstrução¹.

Intervencionista e farmacológica

- O tratamento inicial com quimioterapia é indicado para pacientes com neoplasias quimiossensíveis, como o câncer de pulmão de pequenas células e o linfoma, quando possível. A radioterapia tem sua indicação para pacientes com SVCS por causa do câncer de pulmão não pequenas células e dos carcinomas metastáticos. Entretanto, a radioterapia não deverá ser realizada antes do diagnóstico histológico, uma vez que poderá obscurecer a análise histológica.
- Endoprótese endovenosa: a SVCS refratária ou recorrente, principalmente em pacientes que receberam quimioterapia ou radioterapia, pode exigir a colocação de endoprótese intravenosa para que se restabeleça o fluxo sanguíneo. Entretanto, antes da realização do procedimento, devem ser pesados os riscos em relação à condição clínica do paciente⁴.
- Terapia tromboembólica: usada quando há extensa trombose de veia cava superior.
- *Bypass* venoso cirúrgico raramente é necessário. Apesar de efetivo, é reservado para sintomas persistentes e severos. As desvantagens da cirurgia incluem a morbidade e a mortalidade associadas ao procedimento.
- Anticoagulantes: se houver trombos (trombose venosa central). Enoxaparina sódica na dose de 1 mg/kg, duas vezes ao dia, para o tratamento e uma vez ao dia para profilaxia.
- Glicocorticoides: podem aliviar os sintomas da SVCS em pacientes com neoplasias malignas. E são úteis na presença de comprometimento respiratório grave. Pode ser utilizada, por exemplo, a dexametasona na dose de 4 mg, de seis em seis horas.
- Diuréticos: podem proporcionar um alívio sintomático inicial. Embora seu benefício ainda não seja nítido.

Não farmacológica

A abordagem não farmacológica deve ter como base medidas clínicas estabelecidas a partir dos sinais e sintomas típicos apresentados na SVCS, que incluem edema em região da cabeça, pescoço e membros superiores. A rede venosa aparece de forma mais visível nessas regiões, podendo os vasos estar mais distendidos e tortuosos em virtude da necessidade de fluxo colateral. A coloração da pele pode apresentar-se mais escurecida por causa da estase venosa. Outros sintomas importantes são dispneia e tosse, além de disfagia, hemoptise, cefaleia, transtornos da visão e alteração do nível de consciência⁵.

Um posicionamento adequado do paciente no leito pode contribuir com a minimização do sintoma de dispneia, como a elevação da cabeça em posição de *Fowler* (elevação da cabeceira) associada às pernas abaixadas e pés abaixo dos joelhos que proporcionam a diminuição do retorno venoso. A utilização de apoios com coxins de espuma ou almofadas tem a finalidade de elevar o tronco e a cintura escapular. Uma ligeira inclinação do tronco anteriormente com os membros superiores apoiados nas pernas ou em uma mesa tem o objetivo de dar apoio à musculatura respiratória^{6,7}.

Quando há hipoxemia, a suplementação de oxigênio pode ser uma alternativa válida para dar conforto ao paciente até que seja feito o diagnóstico e estabelecido o tratamento definitivo, porém, estudos realizados demonstram que o oxigênio e o ar atmosférico têm resultados semelhantes quando não há hipoxemia, sendo assim, nesses casos, deve-se optar por um ventilador a uma distância de 15 a 30 cm da face do paciente, em que o fluxo de ar promoverá o seu esfriamento; abrir as janelas e manter o ambiente bem ventilado também são alternativas eficazes para o controle de dispneia no paciente paliativo. O resfriamento da face pelo uso do ventilador se dá pela modulação da percepção mediada pela estimulação do segundo e terceiro ramos do nervo trigêmio^{6,7}.

Toda a abordagem deve abranger orientações ao paciente ou à família acerca das medidas terapêuticas a serem abordadas, juntamente com a implementação de medidas de segurança física, monitoração dos sinais e sintomas, objetivando o controle e o alívio dos sintomas. As medidas compreendem as seguintes intervenções⁵:

- Monitorar o surgimento dos principais sinais e sintomas (Quadro 20).
- Observar a progressão de edema e sinais de distensão da rede venosa em face, pescoço, tórax e membros superiores; e alterações na coloração da pele em região da face, extremidades e leito ungueal (palidez ou cianose).
- Controlar o volume hídrico administrado.
- Monitorar frequência respiratória.
- Suplementar o oxigênio (se hipoxemia).
- Manter a posição de *Fowler* (elevação da cabeceira) em caso de dispneia.
- Avaliar alterações do estado neurológico (confusão mental e letargia).
- Manter extremidades inferiores abaixo do nível do corpo.
- Aferir pressão arterial nos membros inferiores.
- Monitorar diminuição ou ausência de pulso periférico.
- Realizar punção venosa periférica somente nos membros inferiores.

- Orientar o paciente e a família quanto às possíveis alterações físicas durante o tratamento.
- Promover conforto e segurança ao paciente.
- Proporcionar um ambiente agradável, diminuindo a ansiedade do paciente e da família.

REFERÊNCIAS

1. CIRINO, L. M. I. *et al.* Tratamento da síndrome de veia cava superior. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 31, n. 6, p. 540-550, 2005. DOI 10.1590/S1806-37132005000600013.
2. CORDEIRO, S. Z. D. B.; CORDEIRO, P. D. B. Síndrome de veia cava superior. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 28, n. 5, p. 288-293, set./out. 2002.
3. MURAD, A. M.; KATZ, A. **Oncologia: bases clínicas do tratamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
4. SAADI, R. P. *et al.* Síndrome de veia cava superior. **Acta Médica**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 436-44, 2018.
5. AYOUB, A. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.
6. HENSON, L. A. *et al.* Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. **Journal of Clinical Oncology: oficial jornal of the American Society of Clinical Oncology**, [Alexandria, VA], v. 38, n. 9, p. 905-914, Mar 2020. DOI 10.1200/JCO.19.00470.
7. SEVERINO, R. Gestão da dispneia em cuidados paliativos: intervenções farmacológicas e não farmacológicas. **Revista Investigação em Enfermagem**, Coimbra, v. 31, n. 2, p. 9-23, Maio 2020.



CAPÍTULO 18

INTRODUÇÃO

Pacientes em cuidados paliativos frequentemente apresentam infecções, podendo ser o evento definidor do óbito em quadros de doença incurável. Estudos de autópsia em pacientes sugerem que pneumonia seja a causa de 44 a 55% dos óbitos nessa população^{1,2}. Pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, farão uso de antimicrobianos comumente, chegando a 84% a frequência de prescrição desse fármaco em cuidados paliativos³.

As principais infecções encontradas em pacientes com câncer são respiratórias, do trato urinário e abdominais⁴⁻⁶. Esse dado corrobora as infecções diagnosticadas nos pacientes HC IV do INCA ao longo dos anos, por meio do aconselhamento antimicrobiano e da coleta de dados realizada pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

Em pacientes com doenças avançadas, os sinais e sintomas de uma infecção podem ser os mesmos da progressão da doença de base, como astenia, confusão mental, alterações hemodinâmicas, febre, entre outros. Assim, modificações e/ou exacerbações de sintomas previamente controlados devem sempre levantar a suspeita de infecção⁷. Comumente, as infecções em cuidados paliativos geram um declínio mais abrupto do estado funcional do que a queda gradual gerada pelo avançar da doença de base⁸.

O diagnóstico de infecção deve ter grande prioridade no paciente em cuidados paliativos oncológicos. A localização do foco da infecção é fundamental para o tratamento adequado. Embora nem sempre seja fácil localizar o **foco primário**, essa deve ser uma preocupação constante para o controle de uma infecção grave. Alguns pacientes apresentam sinais e **sintomas sugestivos** (tosse, febre, expectoração, disúria, dor lombar, dor abdominal, diarreia, lesões petequeais, lesões por pressão) e um **foco evidente** (pneumonia, celulite, outras infecções cutâneas, infecção pós-cirúrgica), extremamente útil para a orientação da terapia antimicrobiana. A execução de **exame físico minucioso** auxilia no diagnóstico etiológico presuntivo e orienta a terapêutica⁹.

A febre costuma ser um sintoma cardinal de infecções. Entretanto, em cuidados paliativos, esse sintoma costuma ser inespecífico, podendo decorrer de necrose tumoral, metástase para o sistema nervoso central, fenômenos embólicos, medicamentos ou atelectasias. Por outro lado, pacientes com fragilidade clínica avançada podem ter a febre mascarada pelo uso de alguns fármacos analgésicos com efeito antitérmico¹⁰.

O controle de sintomas é o objetivo principal em cuidados paliativos, e também deve ser ao prescrever antimicrobianos. Entretanto, a avaliação de melhora tende a ser altamente subjetiva ou mascarada pela ação dos demais fármacos em uso. Entre as inúmeras síndromes infecciosas que pacientes em cuidados paliativos podem apresentar, estudos observacionais prévios mostram que o tratamento das infecções do trato urinário apresenta maior benefício ao doente, pois tem maior êxito no controle de sintomas, enquanto as infecções do trato respiratório costumam ser menos responsivas^{11,12}.

Um sintoma que merece atenção especial no manejo de pacientes em cuidados paliativos oncológicos é o odor de feridas tumorais. Trata-se de um sintoma que compromete a qualidade de vida do paciente, podendo gerar incômodo em cuidadores, familiares e profissionais de saúde. O tecido necrótico das feridas tumorais torna-se um meio ideal para a hiperproliferação de bactérias anaeróbias, que liberam moléculas responsáveis, em parte, pelo odor desagradável. Pacientes que apresentem feridas tumorais com odor grau II ou III costumam se beneficiar de metronidazol por via sistêmica. Há ainda a opção de metronidazol tópico em gel, usado como adjuvante à terapia sistêmica ou em feridas de menor odor¹³.

Em qualquer situação clínica, exames complementares só devem ser solicitados se ajudarem a confirmar ou a refutar o diagnóstico inicialmente pensado. Em cuidados paliativos, mantém-se essa máxima, mas adiciona-se que tais testes devem ter o menor incômodo possível ao paciente, mínimas reações adversas e baixo risco de complicações¹⁴, sendo comparativamente menos solicitados do que em clínicas curativas. Os exames devem estar de acordo com a síndrome infecciosa em suspeição, sem esquecer que, nesse cenário, a leucocitose e a neutrofilia podem ser multicausais (infecção, uso de corticoides e câncer avançado). Indivíduos com câncer avançado costumam ter valores de proteína C-reativa elevados, não sendo esse exame uma ferramenta essencial ao diagnóstico de infecção.

A decisão de iniciar, suspender ou contraindicar o antimicrobiano em cuidados paliativos é complexa e deve ser individualizada, dependendo dos sintomas clínicos, do prognóstico, do estágio atual da doença de base, do estado funcional do paciente e do nível de deterioração multissistêmica. Espera-se que o prescritor seja capaz de antever se o processo infeccioso é decorrente do

óbito previsto, no qual o uso do antimicrobiano faria pouca diferença, ou se é um evento inesperado, no qual o antimicrobiano é mandatório para o retorno ao estado anterior. Esses fármacos podem ser adjuvantes na terapêutica para redução do desconforto decorrente da infecção, mas não são mantenedores da vida, a exemplo da ventilação mecânica ou alimentação parenteral¹⁵. Em caso de dúvida, é mais sensato iniciar uma prova terapêutica e reavaliar o quadro clínico após 48 ou 72 horas do início do antibiótico, suspendendo se não houver benefício.

A escolha do esquema antimicrobiano para o tratamento de infecções (supostas ou confirmadas) não costuma ser a maior dificuldade, já que obedecerá aos mesmos princípios utilizados em outros cenários, tais como adequação aos agentes etiológicos mais prováveis, biodisponibilidade da droga no tecido infectado, uso recente de antimicrobianos e presença de bactérias resistentes a multidrogas. A grande particularidade desse cenário é predizer se o paciente está em processo ativo de morte, em que o antibiótico será apenas uma futilidade terapêutica, trazendo apenas os malefícios inerentes ao seu uso, como a punção de novo acesso, ou se o desconforto advindo da infecção pode ser paliado. Uma boa capacidade de prognóstico é fundamental para reduzir terapias fúteis. Ainda que o paciente apresente uma infecção documentada, se este estiver em cuidados de fim de vida, não haverá reversibilidade da infecção e, portanto, é correto suspender ou até mesmo nem prescrever o antimicrobiano¹⁴.

Iniciar um antimicrobiano em cuidados paliativos costuma ser uma decisão mais fácil do que suspender ou contraindicar essas drogas. Stiel *et al.*¹⁶ relataram que, em 44% dessas prescrições, a decisão médica foi exclusiva e, em 25%, da equipe interprofissional. Por outro lado, suspender o antimicrobiano foi decidido somente pelo médico em 21% das ocasiões e pela sua equipe em 42%. Qualquer decisão relacionada ao antimicrobiano em cuidados paliativos deve ser compartilhada com o próprio paciente, com a família e com a equipe, assim como as demais condutas nesse cenário, e de acordo com o plano de cuidados, em especial nos pacientes em processo ativo de morte.

Em qualquer cenário de saúde, todos os profissionais envolvidos na assistência exercem importante papel no controle da aquisição de novas infecções. Pacientes em cuidados paliativos comumente possuem menos invasões de dispositivos hospitalares no presente momento, mas cabe lembrar que habitualmente são pacientes que passaram por diversas linhas terapêuticas prévias, como quimioterapia antineoplásica, cirurgias invasivas e mutilantes, internação em terapia intensiva, sendo comum a presença de bactérias resistentes a multidrogas. Assim, o controle de infecção hospitalar no cenário de cuidados paliativos terá como objetivo principal evitar a aquisição de novas

infecções por transmissão cruzada. Para tal, deve haver uma constante atividade de reforço das boas práticas clínicas, que reduzem os riscos de infecções, como a correta higienização das mãos, a adoção de precauções de acordo com cada infecção e rotinas específicas. Como estratégia para a profilaxia das infecções relacionadas à assistência em saúde, faz-se necessária a vigilância constante de acessos vasculares, cateteres, drenos e dispositivos respiratórios não invasivos. Tais vigilâncias são essenciais para minimizar esses riscos, viabilizando menor tempo de internação, menor gasto financeiro, menos desconforto, e menos exposição a procedimentos e terapias antimicrobianas, sobretudo em pacientes com melhor KPS (Anexo 2).

REFERÊNCIAS

1. PAUTEX, S. *et al.* Anatomopathological causes of death in patients with advanced cancer: association with the use of anticoagulation and antibiotics at the end of life. **Journal of Palliative Medicine**, [Larchmont], v. 16, n. 6, p. 669-674, 2013. DOI 10.1089/jpm.2012.0369.
2. ABDEL-KARIM, I. A.; SAMMEL, R. B. PRANGE, M. A. Causes of death at autopsy in an inpatient hospice program. **Journal of Palliative Medicine**, [Larchmont], v. 10, n. 4, p. 894-898, Aug 2007. DOI 10.1089/jpm.2006.0240.
3. ROSENBERG, J. H. *et al.* Antimicrobial use for symptom management in patients receiving hospice and palliative care: a systematic review. **Journal of Palliative Medicine**, [Larchmont], v. 16, n. 12, p. 1568-1574, Dec 2013. DOI 10.1089/jpm.2013.0276.
4. PÈNE, F.; STAUDINGER, T. Temporal changes in management and outcome of septic shock in patients with malignancies in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, [Philadelphia], v. 36, n. 3, p. 690-696, 2008. DOI 10.1097/ccm.0b013e318165314b.
5. LEGRAND, M. *et al.* Survival in neutropenic patients with severe sepsis or septic shock. **Critical Care Medicine**, [Philadelphia], v. 40, n. 1, p. 43-49, 2012. DOI 10.1097/CCM.0b013e31822b50c2.
6. ZUBER, B. *et al.* Impact of case volume on survival of septic shock in patients with malignancies. **Critical Care Medicine**, [Philadelphia], v. 40, n. 1, p. 55-62, Jan 2012. DOI 10.1097/CCM.0b013e31822d74a.
7. HIGH, K. P. *et al.* Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. **Clinical Infectious Diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, [Oxford], v. 48, n. 2, p. 149-171, 2009. DOI 10.1086/595683.
8. GLARE, P.; VIGANO, A. Determining prognosis. *In*: WALSH, D. *et al.* **Palliative medicine**. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009. p. 657-662.
9. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Antimicrobianos: bases teóricas e uso clínico**. Brasília, DF: Anvisa, 2007. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/rede_rm/cursos/rm_controle/opas_web/modulo1/conceitos.htm. Acesso em: 9 mar. 2021.
10. LANGMAN, R. L.; RELM, S. J. Infections in palliative medicine. *In*: Walsh, D. *et al.* **Palliative medicine**. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009. p. 505-509.
11. REINBOLT, R. E. *et al.* Symptomatic treatment of infections in patients with advanced cancer receiving hospice care. **Journal of Pain Symptom**

- Management**, [New York], v. 30, n. 2, p. 175-182, Aug 2005. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2005.03.006.
12. ROSENBERG, J. H. *et al.* Antimicrobial use for symptom management in patients receiving hospice and palliative care: a systematic review. **Journal of Palliative Medicine**, [Larchmont], v. 16, n. 12, p.1568-1574, Dec 2013. DOI 10.1089/jpm.2013.0276.
 13. SANTOS, C. M.; PIMENTA, C. A.; NOBRE, M. R. A systematic review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds. **Journal of Pain Symptom Management**, [New York], v. 39, n. 6, p. 1065-1076, June 2010. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2009.11.319.
 14. MACEDO, F. *et al.* Antimicrobial therapy in palliative care: an overview. **Support Care Cancer**, [Berlin], v. 26, n. 5, p. 1361-1367, May 2018. DOI 10.1007/s00520-018-4090-8.
 15. NAGY-AGREN, S.; HALEY, H. Management of infections in palliative care patients with advanced cancer. **Journal of Pain Symptom Management**, [New York], v. 24, n. 1, p. 64-70, July 2002. DOI 10.1016/s0885-3924(02)00420-7.
 16. STIEL, S. *et al.* Antibiotics in palliative medicine--results from a prospective epidemiological investigation from the HOPE survey. **Support Care Cancer**, [Berlin], v. 20, n. 2, p. 325-333, Feb 2012.



CAPÍTULO 19

TERAPIA SUBCUTÂNEA

DEFINIÇÃO

Trata-se da infusão de fluidos e/ou medicamentos no tecido subcutâneo. A terapia subcutânea também é conhecida como hipodermóclise¹.

COMO FAZER

A técnica é precedida da verificação da quantidade necessária de dispositivos a serem fixados ao corpo do paciente para cumprir a prescrição médica e os procedimentos padrões, como lavar as mãos, reunir o material na bandeja, explicar o procedimento ao paciente e inspecionar as regiões consideradas elegíveis para punção, a saber: região do deltoide, anterior do tórax, abdominal (observando o distanciamento de cerca de 8 cm do umbigo para as laterais), escapular (indicação restrita a pacientes em decúbito *Fowler* permanentemente) e face dianteira e lateral externa da coxa.

Não deverão ser puncionadas as seguintes áreas: dobras de pele e linha mamária, diretamente sobre o local do tumor, membros com linfedemas, parede abdominal na presença de ascite, carcinomatose, lesões satélites ou implantes cutâneos, região a menos de 8 cm das laterais do umbigo, proeminências ósseas, pele previamente irradiada, ferida e/ou infectada.

A área a ser puncionada deverá ser palpada, deslizando a mão de forma levemente compressiva, de modo a detectar formação inicial de edema, linfedema e endurecimento por fibrose e/ou infiltração tumoral.

A bandeja deverá ser montada com os seguintes materiais: solução a ser administrada, equipo, extensor com duas vias (se necessário), dispositivo penetrante para a punção (cateter periférico 20, 22, 24 ou *scalps* 21, 23, 25 ou 27), seringa de 3 ou 5 ml, agulha de aspiração, flaconete de soro fisiológico 0,9%, solução antisséptica, gazes, luvas de procedimento, filme adesivo para fixação e caneta para datar.

Escolhida a área de punção, a técnica deverá ser executada do seguinte modo: calçar as luvas de procedimento, preencher a extensão do dispositivo penetrante com o soro fisiológico se necessário, executar a prega cutânea e introduzir o dispositivo em ângulo de 30° a 45°, direcionando a agulha para

a posição centrípeta do corpo (em direção à melhor forma de drenagem linfática). Depois, mover o dispositivo para certificar-se de que a agulha está livre no tecido subcutâneo. Aspirar com a seringa para ter certeza de que não foi punccionado nenhum vaso sanguíneo. Fixar a punção, datar e administrar a solução. Após o término da administração, deve-se assegurar de salinizar o dispositivo fixado^{2,3}.

Uma vez instalada a hipodermóclise, alguns cuidados de manutenção e retirada devem ser observados:

- Assegurar que as medicações são compatíveis entre si para um mesmo sítio de aplicação.
- Certificar-se de que as medicações a serem administradas estão corretamente diluídas.
- Monitorar sinais flogísticos, endurecimento, edema volumoso, hematoma, necrose tecidual e/ou queixas de dor. Destaca-se que alterações flogísticas e queixas de dor são consideradas normais quando presentes por até quatro horas após a infusão.
- O dispositivo utilizado na punção deverá permanecer por até 96 horas (quatro dias). Após esse prazo, uma nova punção deverá ser feita respeitando uma distância mínima de 5 cm do sítio da punção anterior.

VANTAGENS E DESVANTAGENS

Vantagens: baixo risco de efeitos adversos sistêmicos, menor taxa de complicações infecciosas, fácil aplicação e manipulação, favorecimento da funcionalidade do paciente, facilitação da desospitalização em razão da possibilidade de manutenção da via subcutânea em ambiente domiciliar⁴.

Desvantagens: volume e velocidade de infusão limitados, absorção variável por conta da influência da perfusão e da vascularização do tecido, administração de eletrólitos limitada, exigência de compatibilidade de medicamentos, o que pode demandar a necessidade de instalação de mais de um sítio de punção no corpo do paciente⁴.

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

Indicações: impossibilidade ou limitação de ingesta medicamentosa ou hidratação por via oral; via de escolha quando a via endovenosa se encontra indisponível, tratamento de desidratação que não exija reposição rápida de volume, possibilidade de permanência do paciente em domicílio.

Contraindicações: recusa da utilização da via pelo paciente, necessidade de reposição rápida de volume por desidratação grave e choque, anasarca².

MEDICAMENTOS

A administração de medicamentos por via subcutânea constitui, em sua grande maioria, uma prática *off-label*, porém é adotada mundialmente nos serviços de cuidados paliativos⁵.

Os medicamentos hidrossolúveis e aqueles com pH próximo à neutralidade são mais tolerados do que aqueles de pH extremos (menor que 2 ou maior que 11), os quais têm risco aumentado de precipitação ou irritação local^{2,6,7}. No entanto, a despeito dessa premissa, a prática clínica mostrou que medicamentos de pH ácido têm sido administrados sem danos significativos ao tecido subcutâneo, desde que a administração ocorra de forma mais lenta e na devida diluição. Para infusão de fluídos, soluções isotônicas são recomendadas.

A administração de mais de um medicamento no mesmo sítio de punção requer cautela. Sempre que houver incompatibilidade ou que os medicamentos não forem testados, a administração deve ocorrer em sítios distintos. O Quadro 21 apresenta a compatibilidade medicamentosa e os Quadros 22 e 23, as diluições de medicamentos, o tempo de infusão e a indicação de administração em sítios concomitantes ou separados.

Uma vez que o uso da terapia subcutânea é uma prática *off-label*, é desejável que o sítio de infusão seja monitorado de forma sistemática. O Anexo 4 apresenta o formulário utilizado para monitoramento das hipodermóclises em domicílio. O Anexo 5 apresenta o formulário utilizado no INCA HC IV nas enfermarias.

Quadro 21 – Compatibilidade de medicamentos administrados por via subcutânea

COMPATÍVEL (C) INCOMPATÍVEL (I) NÃO TESTADO (EM BRANCO)	Ácido épsilon-aminocaproico	Atropina	Bromoprida	Cetamina	Clonidina	KCl 10%	NaCl 20%	Dexametasona	Dexmedetomidina	Diclofenaco sódico
Ácido épsilon-aminocaproico	*									I
Atropina		*								I
Bromoprida			*							I
Cetamina				*				C		I
Clonidina					*					I
KCl 10%						*				I
NaCl 20%							*			I
Dexametasona				C				*		I
Dexmedetomidina									*	I
Diclofenaco sódico	I	I	I	I	I	I	I	I	I	*
Dipirona										I
Escopolamina				C				C		I
Fenobarbital	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Fentanila				C				I		I
Furosemida	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Haloperidol				C				I	I	I
Insulina								C		I
Metadona				C				C		I
Metilprednisolona										I
Metoclopramida				C				C		I
Midazolam				C				I		I
Morfina				C				C		I
Naloxona										I
Octreotida				C				I		I
Omeprazol										I
Ondansetrona				C				I		I
Ranitidina								C		I
Tramadol								C		I

Fonte: Azevedo, Barbosa, Cassiani⁸; Quaglio *et al*⁹.

Legenda: *A análise não se aplica.

Dipirona	Escopolamina	Fenobarbital	Fentanila	Furosemina	Haloperidol	Insulina	Metadona	Metilprednisolona	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Naloxona	Octreotida	Omeprazol	Ondansetrona	Ranitidina	Tramadol
		I		I													
		I		I													
		I		I													
	C	I	C	I	C		C		C	C	C		C		C		
		I		I													
		I		I													
		I		I													
	C	I	I	I	I	C	C		C	I	C		I		I	C	C
		I		I													
I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
*		I		I													
	*	I	C	I	C		C		C	C	C		C		C		C
I	I	*	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	C	I	*	I	C				C	C			C		C		
I	I	I	I	*	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	C	I	C	I	*		C		C	C	C		C		C	C	C
		I		I		*			C	C	C		I			I	
	C	I		I	C		*		C	C	I		C			C	I
		I		I				*									
	C	I	C	I	C	C	C		*	C	C		C		C	C	C
	C	I	C	I	C	C	C		C	*	C		C		C	I	C
	C	I		I	C	C	I		C	C	*		C		C	C	I
		I		I								*					
	C	I	C	I	C	I	C			C	C	C		*	C		
		I		I										*			
	C	I	C	I	C				C	C	C		C		*		
		I		I	C	I	C		C	I	C					*	
	C	I		I	C		I		C	C	I						*

Quadro 22 – Reconstituição e diluição de antibióticos administrados por via subcutânea

Fármaco	Via original de administração	Apresentação
Ampicilina*	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó para solução injetável 250 mg, 500 mg, 1 g
Cefepima*	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó para solução injetável 500 mg, 1g, 2 g
Cefotaxima*	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó para solução injetável 500 mg e 1 g
Ceftazidima*	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó para solução injetável 1 g e 2 g
Ceftriaxona#	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó para solução injetável 500 mg e 1 g
Ertapenem#	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó para solução injetável de 1 g
Meropenem*	Intravenosa	Frasco-ampola pó para solução injetável 500 mg, 1 g e 2 g
Teicoplanina*	Intravenosa e IM	Frasco-ampola pó liofilizado 200 mg e 400 mg

Fonte: Azevedo, Barbosa, Cassiani⁸.

Legendas: IM: Intramuscular; SF: Soro fisiológico.

Fármacos padronizados para uso atual na rotina na instituição por via subcutânea.

Reconstituição	Diluição	Tempo de infusão	Sítio específico
Diluyente próprio de 3-5 ml	50 ml de SF 0,9%	20-60 minutos, gravitacional em bureta	SIM
Água para injeção 10 ml	100 ml de SF 0,9%	40-60 minutos, gravitacional em bureta	SIM
Água para injeção 2-10 ml	50-100 ml de SF 0,9%	30-60 minutos, gravitacional em bureta	SIM
Água para injeção 3-10 ml	50-100 ml de SF 0,9%	30-60 minutos, gravitacional em bureta	SIM
Água para injeção 5-10 ml	100 ml de SF 0,9%	60 minutos, gravitacional em bureta	SIM
Água para injeção ou SF 0,9% 10 ml	50 ml de SF 0,9%	30 minutos, gravitacional em bureta	SIM
10 ml de água para injeção para cada 500 mg	100 ml de SF 0,9%	40-60 minutos, gravitacional em bureta	SIM
Água para injeção 3 ml	50-100 ml de SF 0,9%	30-60 minutos, gravitacional em bureta	SIM

* Medicamentos padronizados para uso por via subcutânea em outros serviços e constante na literatura. Ainda não liberados para uso por via subcutânea na instituição em razão da fragilidade dos estudos identificados na literatura. Poderão ser liberados para uso restrito e mediante contato com a farmácia da instituição para casos clínicos excepcionais.

Quadro 23 – Diluição de fármacos administrados por via subcutânea

Fármaco	Via original de administração	Apresentação
Ácido épsilon-aminocaproico [#]	Intravenosa	Frasco ou Ampola 200 mg/ml-20 ml
Atropina [*]	Intravenosa, IM e SC	Ampola plástica 0,25 mg/ml-1 ml
Bromoprida [#]	Intravenosa e IM	Ampola 5 mg/ml-2 ml
Clonidina [*]	IT, EP, Intravenosa e IM	Ampola 150 mcg/ml-1 ml
Cloreto de potássio 10% [*]	Intravenosa	Ampola plástica 10%-10 ml
Cloreto de sódio 20% [*]	Intravenosa	Ampola plástica 20%-10 ml
Dexametasona [#]	Intravenosa, IM, intra-articular, intralesional ou tecidos moles	Ampola 4 mg/ml-2,5 ml
Dexmedetomidina [#]	Intravenosa	Ampola 100 mcg/ml-2 ml
Diclofenaco sódico [*]	IM	Ampola 75 mg/3 ml
Dipirona [#]	Intravenosa e IM	Ampola 500 mg/ml-2 ml
Escopolamina [#]	Intravenosa, IM e SC	Ampola 20 mg/ml-1 ml
Fenobarbital sódico [#]	Intravenosa e IM	Ampola 100 mg/ml-2 ml
Fentanila [*]	IT, EP, Intravenosa e IM	Ampola 0,05 mg/ml-2, 5 ou 10 ml
Furosemida [#]	Intravenosa e IM	Ampola 10 mg/ml-2 ml
Haloperidol [#]	IM	Ampola 5 mg/ml-1 ml
Dextrocetamina [#]	Intravenosa e IM	Frasco ou ampola 50 mg/ml-10 ml

Diluição	Tempo de infusão	Sítio específico
50 ml de SF 0,9% para cada 20 ml de solução	20-30 minutos, em bureta	SIM
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	SIM
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	SIM
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	SIM
Sempre diluído em SF 0,9% ou SG 5% em volume superior a 100 ml	62,5 ml/h	SIM
Sempre diluído em SF 0,9% ou SG 5% em volume superior a 100 ml	62,5 ml/h	SIM
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus até 4 ml Para 5 ml em diante: infusão gravitacional a 1ml/ minuto	NÃO
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução Não ultrapassar a concentração mínima de 50 mcg/ml Se <i>dripping</i> , diluir em 50-100 ml	20-30 minutos, em bureta	SIM
30 ml de SF 0,9%	20-30 minutos, em bureta	SIM (pode haver irritação local)
20 ml de SF 0,9% para cada 2 ml de solução	20-30 minutos, em bureta	SIM
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	NÃO
100 ml de SF 0,9% para cada 2 ml de solução	60 minutos, em bureta	SIM
50 ml de SF 0,9% para cada 2 ml de solução	20-60 minutos, em bureta	SIM
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	NÃO
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	NÃO
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus até 4 ml Para 5 ml em diante: infusão gravitacional a 1 ml/ minuto	NÃO

continua

continuação

Fármaco	Via original de administração	Apresentação
Metadona [#]	IM e SC	Ampola 10 mg/ml-1 ml
Metilprednisolona*	Intravenosa e IM	Frasco ou ampola pó liofilizado 40 mg, 125 mg, 500 mg, 1 g
Metoclopramida [#]	Intravenosa e IM	Ampola 5 mg/ml-2 ml
Midazolam [#]	Intravenosa, IM e retal	Ampola 5 mg/ml-3 ml e 10 ml e 1 mg/ml-5 ml
Morfina [#]	Intravenosa, IM, EP e IT	Ampola 10 mg/ml-1 ml
Naloxona [#]	Intravenosa, IM e SC	Ampola 0,4 mg/ml-1 ml
Octreotida [#]	Intravenosa e SC	Ampola 0,1 mg/ml e 0,5 mg/ml-1 ml
Omeprazol [#]	Intravenosa	Frasco ampola 40 mg/pó liofilizado
Ondansetrona [#]	Intravenosa e IM	Ampola 4 mg/2 ml e 8 mg/4 ml
Ranitidina [#]	Intravenosa e IM	Ampola 25 mg/ml-2 ml
Tramadol [#]	Intravenosa e IM	Ampola de 50 mg/ml-1 ml e 2 ml

Fonte: Adaptado de INCA²; Gippsland Region Palliative Care Consortium¹⁰.

Legendas: IM: Intramuscular; SC: Subcutânea; IT: Intratecal; EP: Epidural; SF: Soro fisiológico; SG: Soro glicosado.

[#] Medicamentos utilizados por via subcutânea no HC IV.

Diluição	Tempo de infusão	Sítio específico
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus até 4 ml Para 5 ml em diante: infusão gravitacional a 1 ml/minuto	NÃO (em 24 horas, variar o local)
Reconstituir em diluente próprio e diluir em 50 ml de SG 5% ou SF 0,9%	15-30 minutos, em bureta	SIM
50 ml de SF 0,9% para cada 2 ml da solução	30 minutos, em bureta	NÃO
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução (até 5 mg), ou 50-100 ml de SF 0,9%	Bólus até 4 ml Para 5 ml em diante: infusão gravitacional a 1 ml/minuto	NÃO
1 ml de SF 0,9% para cada 1ml de solução	Bólus até 4 ml Para 5 ml em diante: infusão gravitacional a 1 ml/minuto	NÃO
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	SIM
1 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	Bólus	NÃO
Reconstituir em diluente próprio 10 ml e diluir em 100 ml de SF 0,9%	30 minutos, em bureta	SIM
30 ml de SF 0,9% para ampola de 4 ml e 50 ml para ampola de 8 ml	30 minutos, em bureta	NÃO
50 ml de SF 0,9% para cada 2 ml da solução	50 minutos, em bureta	NÃO
50 ml de SF 0,9% para cada 1 ml de solução	1 ml/minuto	NÃO

* Medicamentos padronizados em outros serviços e constante na literatura. Ainda não liberados para uso na instituição por causa da fragilidade dos estudos identificados na literatura. Poderão ser liberados para uso restrito e mediante contato com a farmácia da instituição para casos clínicos excepcionais.

REFERÊNCIAS

1. VASCONCELLOS, C. F.; MILÃO, D. Hipodermóclise: alternativa para infusão de medicamentos em pacientes idosos e pacientes em cuidados paliativos. **Pajar**, v. 7, n. 1, e32559, 2019.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Terapia Subcutânea no câncer avançado**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. (Série Cuidados paliativos).
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da SBGG e da ANCP para profissionais**. 2. ed. Rio de Janeiro: SBGG, 2017.
4. BRUNO, V. G. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 122-128, jan./mar. 2015. DOI 10.1590/S1679-45082015RW2572.
5. DICKEMAN, A. *et al.* Identification of drug combinations administered by continuous subcutaneous infusion that require analysis for compatibility and stability. **BMC Palliative Care**, [London], v. 16, p. 22, Mar 2017. DOI 10.1186/s12904-017-019-y.
6. WINNIPEG REGIONAL HEALTH AUTHORITY. **Palliative care program**: procedure for Subcutaneous inserttion, removal, and medication administration. Winnipeg: Winnipeg Regional Health Authority, 2017. Disponível em: https://www.virtualhospice.ca/Assets/Palliative%20Care%20Community%20SQ%20Policy%20June2015_20160624111131.pdf. Acesso em: 9 mar. 2021.
7. HEALTHCARE IMPROVEMENT SCOTLAND. Scottish palliative care guidelines. Guidelines. End of life care. **Subcutaneous fluids**. Ediburgh; Glasgow: NHS, 2019. Disponível em: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/end-of-life-care/subcutaneous-fluids.aspx>. Acesso em: 9 mar. 2020.
8. AZEVEDO, E. F.; BARBOSA, L. A.; CASSIANI, S. H. B. Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 817-22, 2012. DOI 10.1590/S0103-21002012000500026.
9. QUAGLIO, R. C. et al. Medicamentos passíveis de infusão por hipodermóclise. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 51, n. 1, p. 55-68, jan./mar. 2018. DOI 10.11606/issn.2176-7262.v51i1p55-68.
10. GIPPSLAND REGION PALLIATIVE CARE CONSORTION. **Subcutaneous drug insufision compatibility guidelines**. Warragul: GRPCC, May, 2016. Disponível em: http://www.grpcc.com.au/wp-content/uploads/2016/11/GRPCC-CPG003_1.1_2016-Subcutaneous-Drug-Infusion-Compatability-Guideline.pdf.



ANEXOS

ANEXO 1: INDICADORES UTILIZADOS NO HC IV

Quadro 1 – Indicadores estratégicos – Sisplan

Consumo de morfina
Prevalência de infecção hospitalar
Número de consultas multiprofissionais
Número de consultas médicas
Número de internações
Número de visitas domiciliares
Taxa de mortalidade hospitalar
Taxa de ocupação hospitalar
Tempo médio de permanência

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 2 – Indicadores de desempenho dos postos avançados

Número de encaminhamentos das Unidades Hospitalares I, II e III do INCA
% de pacientes por tipo de tratamento prévio ao encaminhamento por unidade: <ul style="list-style-type: none">• Radical• Paliativo• Virgem
% de pacientes encaminhados para a modalidade assistencial: <ul style="list-style-type: none">• Ambulatório• Assistência domiciliar• Internação hospitalar
% de informação preenchida por unidade
% de sumários de casos clínicos adequados por unidade
% de pacientes em acompanhamento ambulatorial antes do encaminhamento por unidade

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 3 – Indicadores de desempenho do ambulatório

Intervalo de consulta de 1ª vez
Intervalo, consulta subsequente
Encaminhados à visita domiciliar na 1ª consulta
Motivos de absenteísmo nas consultas
<ul style="list-style-type: none">• Óbito (residência/outro hospital/antes da consulta)• Internação• Outros motivos (transporte/problemas pessoais/recusa)• Transferidos para assistência domiciliar• Atendidos no serviço de pronto atendimento

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 4 – Indicadores de desempenho da assistência domiciliar

Intervalo de assistência domiciliar de pacientes pela 1ª vez
Intervalo da assistência domiciliar de pacientes subsequentes
Visitas não realizadas (causas internas)
Visitas não realizadas (causas externas)
% de óbito em residência

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 5 – Indicadores de desempenho da internação hospitalar

Taxa de alta hospitalar
Taxa de mortalidade hospitalar
Óbito em menos de 48 horas
Óbito em mais de 48 horas
Óbito em menos de 72 horas
% de pacientes com orientação da nutrição na alta
% de pacientes com orientação da nutrição na admissão
% de pacientes com orientação do serviço social na alta
% de pacientes com orientação do serviço social na admissão
% de pacientes com orientação do serviço social após o óbito

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 6 – Indicadores de consumo de morfina

Per capita (mg)
Por dia (mg)

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 7 – Indicadores de produção da internação hospitalar

Número de internações <ul style="list-style-type: none"> • Egressos • Altas
Número de óbitos
Leitos-dia
Pacientes-dia

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 8 – Indicadores de produção de número de matrículas por unidade

Unidade Hospitalar I
Unidade Hospitalar II
Unidade Hospitalar III

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 9 – Indicadores de produção de atendimento ambulatorial

Número de turnos ambulatoriais por médico
Número de consultas médicas
Número de consultas da enfermagem
Número de consultas do serviço social
Número de consultas da nutrição
Número de consultas da psicologia
Número de consultas da fisioterapia
Número de procedimentos de enfermagem
Média de pacientes do ambulatório

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 10 – Indicadores de produção de atendimento dos postos avançados

Consultas da enfermagem - Unidade Hospitalar I
Consultas da enfermagem - Unidade Hospitalar II
Consultas da enfermagem - Unidade Hospitalar III

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 11 – Indicadores de produção do serviço de pronto atendimento interno

Número de turnos na emergência
Número de consultas médicas
Número de consultas (telefônica)
Número de consultas (andar)
Número de declarações de óbito
Número de atendimentos do serviço social
Número de atendimentos da enfermagem
Número de atendimentos da nutrição
Número de procedimentos médicos
Procedimentos de enfermagem

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 12 – Indicadores de produção da assistência domiciliar

Número de consultas médicas
Número de consultas de enfermagem
Número de consultas do serviço social
Número de consultas da psicologia
Número de consultas da nutrição
Número de consultas da fisioterapia
Número de procedimentos realizados
Pacientes/mês - internação domiciliar

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 13 – Indicadores de capacidade hospitalar

Taxa de ocupação
Média de permanência
Índice de renovação
Intervalo de substituição

Fonte: Intranet INCA.

Quadro 14 – Indicadores da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Taxa global de infecção hospitalar
Prevalência de infecção hospitalar
Sítio de infecção hospitalar
Consumo de antibióticos
Indicadores de Vigilância de Processos de Enfermagem

Fonte: Elaboração INCA.

Quadro 15 – Indicadores da Comissão de Prontuários

% de não conformidade dos registros
% de não conformidade em registro de <i>Karnofsky Performance Status</i> (KPS)
% de não conformidade em registro do 5.º sinal vital
% de não conformidade em registro da definição de cuidados ao fim da vida
% de não conformidade em registro de avaliação pela capelania

Fonte: Elaboração INCA.

Quadro 16 – Indicadores do Núcleo de Segurança do Paciente

Número de notificações de falhas e incidentes
% de notificações por tipo de falhas
% de notificações por tipo de incidentes
% por classificação de dano

Fonte: Elaboração INCA.

Quadro 17 – Indicadores da Gerência de Risco

Tecnovigilância
Número total de notificações
Número de notificações por setor notificante
Número de notificações por motivo (queixa técnica, eventos adversos)
Hemovigilância
Número total de notificações
Número de transfusões por hemocomponentes por processo assistencial
Número de reações transfusionais
Número de eventos adversos no ciclo do sangue
Farmacovigilância
Número total de notificações
Número de notificações por setor notificante
Número de reações adversas
Número de notificações por queixas técnicas

Fonte: Elaboração INCA.

ANEXO 2: ESCALA *KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS* (KPS)

Quadro 18 – Escala *Karnofsky Performance Status* (KPS)

<i>Karnofsky Performance Status</i> (KPS) Valor	Descrição da capacidade funcional
100%	Nenhuma queixa: ausência de evidência da doença
90%	Capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintoma da doença
80%	Alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço
70%	Capaz de cuidar de si mesmo, incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo
60%	Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades
50%	Requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40%	Incapaz; requer cuidados especiais e assistência
30%	Muito incapaz; indicada hospitalização, apesar de a morte não ser iminente
20%	Muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo
10%	Moribundo, processos letais progredindo rapidamente
0%	Morte

Fonte: KARNOFSKY, D. A.; BURCHENAL, J. H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MAC LEOD, C. M. (ed.). **Evaluation of chemotherapeutic agents**. New York: Columbia Univ Press, 1949. p. 199-205.

ANEXO 3: EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM (ESAS)

Quadro 19 – Edmonton Symptom Assessment System (Esas)

		Sintomas									
		Dor	Fadiga	Náuseas	Depressão	Ansiedade	Sonolência	Perda de apetite	Sensação de bem-estar	Dispneia	Distúrbio do sono
Intensidade	10										
	9										
	8										
	7										
	6										
	5										
	4										
	3										
	2										
	1										
	0										

Fonte: BRUERA, E. *et al.* The Edmonton Symptom Assessment System (Esas): a simple method for the assessment of palliative care patients. **Journal Palliative Care**, [Thousand Oaks], v. 7, n. 2, p. 6-9, 1991.

ANEXO 4: FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA TERAPIA SUBCUTÂNEA NO DOMICÍLIO

Figura 1 – Acompanhamento da terapia subcutânea no domicílio

INCA INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA Assistência Domiciliar / HC IV

Acompanhamento da Terapia Subcutânea no Domicílio

Matrícula: _____ Nome: _____

Data	Local (is)								Medicamento	Horário	Observações
	Braço		Tórax/Peito		Perna		Abdominal/Barriga				
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			
	D	E	D	E	D	E	D	E			

INCA INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA Acompanhamento da Terapia Subcutânea no Domicílio

Matrícula: _____ Nome: _____

A escolha do local (is) de aplicação segue a orientação dos locais da figura

*LOCAIS DE APLICAÇÃO	MATERIAIS NECESSÁRIOS	INSTALAÇÃO DA TERAPIA	OBSERVAR
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solução preparada para ser instalada; ✓ Solução antisséptica; ✓ Gaze e luvas; ✓ Scalp (25 ou 27); ✓ Seringa (5ml); ✓ Soro Fisiológico 0,9%; ✓ Filme transparente para fixar; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicar ao paciente; ✓ Escolher o local; ✓ Fazer a limpeza e prega da pele; ✓ Introduzir o scalp ângulo (30 a 45); ✓ Fixar o scalp com filme transparente; ✓ Datar e identificar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sinais de inchaço, calor, dor e vermelhidão; ✓ Endurecimento; ✓ Hematoma; ✓ Febre, calafrio e dor; ✓ Dor de cabeça; ✓ Sobrecarga de líquidos (falta de ar, tosse, pressão alta, batimento acelerado);
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar revezamento dos locais de aplicação a cada 4 dias, respeitando a distância de 5 cm de um local para o outro, levando em consideração locais de inchaço, vermelhidão e dor; 		
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Após fazer o medicamento injetar 1 ml de soro para garantir que todo conteúdo foi introduzido no local, lembrando de lavar as mãos antes e após. 		
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se for percebido inchaço no local, pode-se diminuir o gotejamento ou dependendo das características do local, até suspender. 		
<p>Assinatura do Acompanhante: _____</p> <p>Data: / /</p>			<p>Assinatura do Enfermeiro: _____</p> <p>Data: / /</p>

MEDICAMENTOS (nome + ml + diluição)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Fonte: Elaboração INCA.

ANEXO 5: FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA TERAPIA SUBCUTÂNEA NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR



FICHA DE MONITORAMENTO DE TERAPIA SUBCUTÂNEA/HIPODERMÓCLISE

Acompanhamento da Terapia Subcutânea / Hipodermóclise

Matrícula: _____		Nome: _____				Modalidade: _____								
Instalação	Profissional / Carimbo	Braço	Tórax / Peito		Perna		Abdome / Barriga		Tipo de cateter	Medicamento / Dose	Diluição	Modo e tempo de infusão	Finalidade (códigos)	
		D	E	D	E	D	E	D						E
		Retirada	Profissional / Carimbo				Motivo/Código							
Condução:														
Instalação	Profissional / Carimbo	Braço	Tórax / Peito		Perna		Abdome / Barriga		Tipo de cateter	Medicamento / Dose	Diluição	Modo e tempo de infusão	Finalidade (códigos)	
		D	E	D	E	D	E	D						E
		Retirada	Profissional / Carimbo				Motivo/Código							
Condução:														
Instalação	Profissional / Carimbo	Braço	Tórax / Peito		Perna		Abdome / Barriga		Tipo de cateter	Medicamento / Dose	Diluição	Modo e tempo de infusão	Finalidade (códigos)	
		D	E	D	E	D	E	D						E
		Retirada	Profissional / Carimbo				Motivo/Código							
Condução:														
Instalação	Profissional / Carimbo	Braço	Tórax / Peito		Perna		Abdome / Barriga		Tipo de cateter	Medicamento / Dose	Diluição	Modo e tempo de infusão	Finalidade (códigos)	
		D	E	D	E	D	E	D						E
		Retirada	Profissional / Carimbo				Motivo/Código							
Condução:														



FICHA DE MONITORAMENTO DE TERAPIA SUBCUTÂNEA/HIPODERMÓCLISE

Acompanhamento da Terapia Subcutânea / Hipodermóclise

Matrícula: _____		Nome: _____				Modalidade: _____								
Instalação	Profissional / Carimbo	Braço	Tórax / Peito		Perna		Abdome / Barriga		Tipo de cateter	Medicamento / Dose	Diluição	Modo e tempo de infusão	Finalidade (códigos)	
		D	E	D	E	D	E	D						E
		Retirada	Profissional / Carimbo				Motivo/Código							
Condução:														
Instalação	Profissional / Carimbo	Braço	Tórax / Peito		Perna		Abdome / Barriga		Tipo de cateter	Medicamento / Dose	Diluição	Modo e tempo de infusão	Finalidade (códigos)	
		D	E	D	E	D	E	D						E
		Retirada	Profissional / Carimbo				Motivo/Código							
Condução:														
Instalação	Profissional / Carimbo	Braço	Tórax / Peito		Perna		Abdome / Barriga		Tipo de cateter	Medicamento / Dose	Diluição	Modo e tempo de infusão	Finalidade (códigos)	
		D	E	D	E	D	E	D						E
		Retirada	Profissional / Carimbo				Motivo/Código							
Condução:														

CÓDIGOS DE MONITORAMENTO TERAPIA SUBCUTÂNEA / HIPODERMÓCLISE

CÓDIGO DE FINALIDADE	CÓDIGO DE RETIRADA
1 - HIDRATAÇÃO	1 - HIPEREMIA
2 - ANALGESIA	2 - ENDURECIMENTO
3 - ANTIBIOTICOTERAPIA	3 - EDEMA VOLUMOSO INCOMPATÍVEL
4 - SEDAÇÃO PALIATIVA	4 - DOR
5 - CONTROLE DE DEMAIS SINTOMAS	5 - ULCERAÇÃO
	6 - NECROSE
	7 - PERDA
	8 - QUEBRA DO DISPOSITIVO
	9 - TÉRMINO DA TERAPIA
	10 - LIMITE DE TEMPO DE 96 HORAS OU MAIS (ESPECIFICAR)
	11 - OUTROS (ESPECIFICAR)



APÊNDICE

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Prefácio

- Ana Cristina Pinho Mendes Pereira: Direção-geral do INCA. Médica do INCA.

Capítulo1: Cuidados paliativos no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA): uma trajetória marcada por pioneirismo e inovação

- Andréa Georgia de Souza Frossard: Assistente Social do HC IV. Pós-doutora em Ciências Humanas.
- Luciana Aparecida Faria de Oliveira: Divisão Técnico-assistencial do HC IV. Enfermeira do HC IV. Mestre em Enfermagem.
- Regina Bokehi Nigri: Responsável pelo setor de Qualidade do HC IV. Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.
- Renata de Freitas: Direção do HC IV. Médica do HC IV. Mestre em Gestão de Empresas.

Capítulo2: Assistência domiciliar

- Flávia Navi Souza: Assistência domiciliar do HC IV. Médica do HC IV. Mestranda em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.
- Lilian Joyce de Oliveira Souza: Assistente Social do HC IV. Especialista em Gestão de Saúde Pública e Meio Ambiente.
- Lívia Lírio Campo: Enfermeira do HC IV. Mestranda em Enfermagem.
- Márcia Machado de Resende Alvarez: Assistente Social do HC IV. Especialista em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde.
- Vanessa Gomes da Silva: Assistência domiciliar do HC IV. Enfermeira do HC IV. Doutoranda em Ensino de Biociência em Saúde.

Capítulo 3: Ambulatório

- Alessandra Zanei Borsatto: Ambulatório do HC IV. Enfermeira do HC IV. Mestre em Enfermagem.
- Danielle Copello Vaz: Ambulatório do HC IV. Enfermeira do HC IV. Mestre em Enfermagem.
- Denise Cristina de Siqueira Pinto: Médica do HC IV. Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

- Djanyr Garcia Teixeira: Nutricionista do HC IV. Especialista em Nutrição Clínica.
- Dolores Ferreira Fonseca: Assistente Social do HC IV. Mestre em Serviço Social.

Capítulo 4: Internação hospitalar

- Andreia Pereira de Assis Ouverney: Internação hospitalar do HC IV. Assistente Social do HC IV. Doutoranda em Política Social.
- Eliana David da Silva: Internação hospitalar do HC IV. Enfermeira do HC IV. Especialista em Enfermagem Oncológica.
- Maria Lúcia de Freitas Pequeno: Psicóloga do HC IV. Especialista em Mediação de Conflitos.
- Rosane de Souza Santos Oliveira: Nutricionista do HC IV. Mestre em Neurociências.
- Teresa Cristina da Silva dos Reis: Médica do HC IV. Especialista em Cirurgia Geral e Oncológica.

Capítulo 5: Serviço de pronto atendimento especializado

- Andréa Marins Dias: Serviço Médico do HC IV. Médica do HC IV. Especialista em Cirurgia Geral e Oncológica.
- Janille Luciana de Araújo: Enfermeira do HC IV. Mestranda em Enfermagem Assistencialista.
- Livia Costa de Oliveira: Nutricionista do HC IV. Doutora em Ciências Nutricionais.
- Vanessa Gomes da Silva: Enfermeira do HC IV. Doutoranda em Ensino de Biociência em Saúde.
- Vilma Garcia Monteiro: Serviço de pronto atendimento do HC IV. Enfermeira do HC IV. Especialista em Oncologia Clínica.

Capítulo 6: Dor

- Alessandra Gomes Simões: Assistente social do HC IV. Especialista em Direitos Humanos e Saúde.
- Ernani Costa Mendes: Fisioterapeuta do HC IV. Doutor em Ciências da Saúde.
- Mabel Viana Krieger: Psicóloga do HC IV. Doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

- Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio: Serviço Médico do HC IV. Médica do HC IV. Doutora em Medicina.
- Vinícius Pereira da Costa: Médico do HC IV. Mestrando em Ensino na Saúde.

Capítulo 7: Fadiga

- Célida Terezinha da Silva Castro Suzarte: Enfermeira do HC IV. Especialista em Paciente Crítico, Oncologia e Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente.
- Liziane Pereira Silva: Fisioterapeuta do HC IV. Mestranda em Epidemiologia.
- Marisa de Fátima Bello Costa Moreira: Médica do HC IV. Especialista em Clínica Médica e Nefrologia.

Capítulo 8: Náuseas, vômitos e constipação intestinal

- Camila dos Santos Moreno Rodrigues Alves: Enfermeira do HC IV. Mestranda em Psicanálise, Saúde e Sociedade.
- Deliane Barbosa Ferreira: Médica do HC IV. Especialista em Clínica Médica.
- Karla Santos da Costa Rosa: Nutricionista do HC IV. Especialista em Nutrição Clínica.
- Mariana Fernandes Costa: Nutricionista do HC IV. Doutora em Psicologia Social e Doutora em Alimentação, Nutrição e Saúde.

Capítulo 9: Dispneia

- Bianca Ribeiro Sales: Enfermeira do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.
- Patrícia Almeida Chelles: Fisioterapeuta do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.
- Patrícia Paiva Bartholo: Médica do HC IV. Mestre em Clínica Médica.

Capítulo 10: *Delirium*

- Mariana de Abreu Machado: Psicóloga do HC IV. Mestre em Saúde Pública.
- Rita de Cássia de Jesus Santos: Enfermeira do HC IV. Especialista em Oncologia Clínica e em Cuidados Paliativos.

- Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio: Serviço Médico do HC IV. Médica do HC IV. Doutora em Medicina.

Capítulo 11: Caquexia do câncer

- Cristhiane da Silva Pinto: Médica do HC IV. Especialista em Cuidados Paliativos.
- Emanuely Varea Maria Wiegert: Divisão Técnico-Assistencial do HC IV. Nutricionista do HC IV. Doutora em Ciências Nutricionais.
- Larissa Calixto-Lima: Nutricionista do HC IV. Doutora em Alimentação, Nutrição e Saúde.
- Livia Costa de Oliveira: Nutricionista do HC IV. Doutora em Ciências Nutricionais.

Capítulo 12: Cuidados ao fim da vida

- Helen Balthazar de Lima: Enfermeira do HC IV. Mestranda em Enfermagem.
- Rafaela Costa Braga: Psicóloga do HC IV. Doutoranda em Teoria Psicanalítica.
- Renata Figueiredo da Rocha Roque: Assistente social do HC IV. Mestranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.
- Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio: Serviço Médico do HC IV. Médica do HC IV. Doutora em Medicina.

Capítulo 13: Terapia de sedação paliativa

- Ana Beatriz Raimundo de Castro: Psicóloga do HC IV. Mestranda em Psicanálise e Políticas Públicas.
- Ana Letícia de Souza Gutierrez: Farmacêutica do HC IV. Mestre em Ciências Biológicas.
- Daianny Arrais de Oliveira da Cunha: Enfermeira do HC IV. Doutoranda em Ciências do Cuidado em Saúde.
- Renata de Figueiredo de Lamare: Médica do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Capítulo 14: Obstrução intestinal maligna

- Alex Sandro de Azeredo Siqueira: Enfermeiro do HC IV. Doutorando em Ciências do Cuidado em Saúde.

- Ignez Magalhães de Alencastro: Nutricionista do HC IV. Doutora em Alimentação, Nutrição e Saúde.
- Marcos Roberto Caetano de Oliveira: Médico do HC IV. Especialista em Cirurgia Geral e Oncológica.
- Marli Schaeffer: Assistente Social do HC IV. Especialista em Serviço Social.

Capítulo 15: Síndrome de compressão medular

- Ana Luísa Teixeira da Costa Durante: Enfermeira do HC IV. Mestre em Enfermagem.
- Daniëlle Probstner: Médica do HC IV. Mestre em Neurociências.
- Erika Fernanda Palmieri Guimarães Fontes: Assistente social do HC IV. Especialista em Saúde Mental.
- Juliana Miranda Dutra de Resende: Fisioterapeuta do HC IV. Mestranda em Saúde Coletiva e Controle do Câncer.

Capítulo 16: Sangramento

- Letícia Alvim Caetano: Médica do HC IV. Especialista em Clínica Médica e Dermatologia.
- Vanessa dos Santos Beserra: Enfermeira do HC IV. Mestranda em Saúde Pública.

Capítulo 17: Síndrome de veia cava superior

- Danielle Gregory Santos: Médica do HC IV. Especialista em Clínica Médica e Endocrinologia.
- Francine Peres da Silva: Fisioterapeuta do HC IV. Especialista em Fisioterapia Neurofuncional e Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura.
- Patrícia dos Santos Generoso Gutierrez: Enfermeira do HC IV. Especialista em Oncologia.

Capítulo 18: Infecção

- Ana Carolina dos Santos Brito: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar HC IV. Enfermeira do HC IV. Especialista em Oncologia Clínica.

- Eliza Maffioletti Furtunato Leocádio Esteves: Enfermeira do HC IV. Especialista em Oncologia.
- Luciana de Oliveira Ramadas Rodrigues: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HC IV. Médica do HC IV. Mestre em Doença Infecciosas e Parasitárias. Doutoranda em Oncologia.

Capítulo 19: Terapia subcutânea

- Flavia Firmino: Enfermeira do HC IV. Doutora em Ciências da Saúde.
- Janice Isabel Soares da Silva: Enfermeira do HC IV. Especialista em Oncologia e em Terapia Intensiva.
- Luana do Amaral Brasileiro: Área de Farmácia dos Hospitais do Câncer III e IV. Farmacêutica do HC IV. Doutoranda em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde.
- Renata Carla Nencetti Pereira Rocha: Enfermeira do HC IV. Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde.

Fonte: Minion Pro, corpo 11

Rio de Janeiro, 2021.



**DISQUE
SAÚDE 136**

Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer
<http://controlecancer.bvs.br/>



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

