

Atenção Primária à Saúde

**CRÔNICAS**

# GUIA RÁPIDO **CUIDADOS PALIATIVOS**



Saúde





Saúde



Atenção Primária à Saúde

**CRÔNICAS**

GUIA RÁPIDO

**CUIDADOS PALIATIVOS**

Versão Profissional

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

1.<sup>a</sup> Edição

Rio de Janeiro/RJ

2025

© 2025 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

**Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

**Vice-Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Cavaliere

**Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

**Subsecretário Executivo**

Rodrigo de Sousa Prado

**Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde**

Renato Cony Seródio

**Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento**

Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

**Superintendente de Promoção da Saúde**

Aline Rodrigues de Aguiar

**Superintendente de Vigilância em Saúde**

Gislani Mateus Oliveira Aguiar

**Superintendente de Atenção Primária**

Larissa Cristina Terrezo Machado

**Superintendente de Saúde Mental**

Hugo Marques Fagundes Junior

**Coordenadora das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**

Juliana Dias Cirilo

**Coordenação Técnica**

Angela Fernandes Leal da Silva

Cláudia Ramos Marques da Rocha

Juliana Dias Cirilo

Maylu Julio Ferreira

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Guia rápido : cuidados paliativos / organização Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. -- 1. ed.  
-- Rio de Janeiro : Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2025. -- (Série F. comunicação e  
educação em saúde ; 1)

Vários colaboradores.

ISBN 978-65-86417-62-3

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Cuidados paliativos - Manuais, guias, etc. 3. Saúde pública 4.  
SUS (Sistema Único de Saúde) I. Título II. Série.

25-298563.0

CDD-616.462

NLM-WK-810

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Cuidados paliativos : Ciências médicas : Manuais 616.04

Henrique Ribeiro Soares — Bibliotecário — CRB-8/9314

**Elaboração**

Alexandre Monteiro Crescencio  
Angela Fernandes Leal da Silva  
Cláudia Ramos Marques da Rocha  
Jéssica Ellen L. Cremonesi Dutra  
Joyce Ramos Fernandes  
Kauan Silva Tucci Semeghini  
Laisla Cristina de Souza  
Louise Theresa de Araujo Abreu  
Marcia Cristina Lemos dos Santos  
Sayuri Yatabe  
Thaís Rodrigues Ribeiro

**Colaboração**

Ana Beatriz Gomes Quintela  
Ana Cecília de Oliveira Valdés  
Germana Perissè  
Helene Frangakis Amorim  
Juliana Dias Cirilo  
Katlin Darlen Maia  
Larissa Pereira de Castro  
Mauro Andrade da Silveira  
Nathalia Grativol de Souza  
Patricia Heras Viñas  
Vania Stiepanowez de Oliveira Rocha

**Revisão Técnica**

Alexandre Monteiro Crescencio  
Cláudia Ramos Marques da Rocha  
Maylu Julio Ferreira

**Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio**

Paula Fiorito  
Cláudia Ferrari

**Supervisão Editorial**

Aluisio Bispo

**Capa**

Luciano Freitas  
Sandra Araujo

**Projeto Gráfico**

Aluisio Bispo

**Diagramação**

Sandra Araujo

# SUMÁRIO

<b>SOBRE ESTE GUIA</b> .....	<b>7</b>
<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	<b>7</b>
Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI): como funciona? .....	14
<b>EPISÓDIO DE CUIDADO</b> .....	<b>16</b>
Etapa 1. Diagnóstico e início do tratamento.....	16
Etapa 2. Seguimento das consultas em cuidados paliativos .....	18
Etapa 3. Consultas em fim de vida .....	20
Ferramentas de avaliação e abordagem prognóstica .....	22
<b>CUIDADO INTEGRAL</b> .....	<b>24</b>
Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) .....	24
Cuidado para cuidadores.....	25
Comunicação de más notícias.....	26
Luto.....	28
Abordagem da espiritualidade .....	31
<b>MANEJO DOS SINTOMAS MAIS COMUNS</b> .....	<b>33</b>
Controle da dor .....	34
Manejo de sintomas gastrointestinais .....	45

Abordagem de sintomas respiratórios.....	56
Tratamento de transtornos mentais comuns.....	60
Gestão de outros sintomas prevalentes .....	67
<b>MANEJO DAS URGÊNCIAS .....</b>	<b>74</b>
<b>ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA PESSOA EM CUIDADOS PALIATIVOS .....</b>	<b>75</b>
<b>CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS .....</b>	<b>80</b>
Insuficiência cardíaca (IC) .....	80
Doença renal crônica (DRC).....	80
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) .....	81
Demência.....	81
Síndromes genéticas, neurológicas e oncológicas na infância/adolescência .....	82
<b>ABORDAGEM E MANEJO DE FERIDAS.....</b>	<b>83</b>
Lesões por pressão (LPP): prevenção e tratamento .....	83
Cuidados com feridas oncológicas .....	84
<b>GRUPOS ESPECIAIS .....</b>	<b>89</b>
Cuidados paliativos na infância e adolescência .....	89
Manejo do câncer infantojuvenil.....	90

<b>TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS</b> .....	<b>92</b>
Hipodermóclise: técnica, indicações e contraindicações.....	92
Cuidados com dispositivos de saúde .....	98
PICC line: manutenção e cuidados .....	100
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>102</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>112</b>
Anexo 1. Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton — <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> (ESAS).....	112
Anexo 2. Escala de performance — <i>Karnofsky Performance Status</i> (KPS).....	113
Anexo 3. Escala de Performance Paliativa — <i>Palliative Performance Scale</i> (PPS) .....	114
Anexo 4. Escala Zarit reduzida .....	116
Anexo 5. Escala de avaliação de funcionalidade no Cuidado Paliativo Pediátrico (Escore de Lansky).....	117
Anexo 6. FAST — <i>Functional Assessments Stages</i> .....	118
Anexo 7. Principais medicações e soluções administradas por hipodermóclise na APS .....	119
Anexo 8. Hipodermóclise — Tabela de compatibilidade de medicação .....	122

## **SOBRE ESTE GUIA**

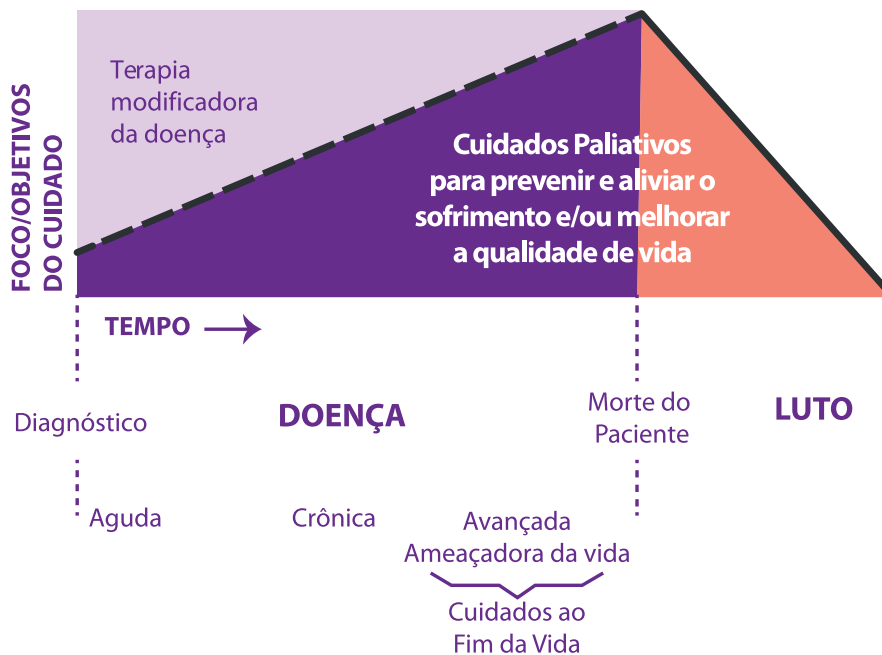
O Guia Rápido de Cuidados Paliativos destina-se a instrumentalizar os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do Rio de Janeiro para identificação, manejo e controle de sintomas à pessoa em Cuidados Paliativos (CP). Ele resume as recomendações da Superintendência de Atenção Primária (SAP) e da Coordenação de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com base em evidências científicas e adaptadas à realidade brasileira e carioca.

Enfatiza-se a importância de uma abordagem centrada na pessoa, que promova um plano de cuidado individualizado, voltado para o empoderamento e a autonomia do usuário, visando à melhora da qualidade de vida. Além disso, este guia inclui orientações sobre o manejo do luto e a oferta de suporte aos cuidadores, reconhecendo a necessidade de um cuidado integral e humanizado.

## **CONTEXTUALIZAÇÃO**

Cuidados Paliativos são definidos pela Portaria n.º 3.681/2024 como ações de saúde destinadas a aliviar a dor, o sofrimento e outros sintomas em pessoas com doenças que ameaçam a vida, sejam agudas ou crônicas, desde o diagnóstico (BRASIL, 2018; 2024). O modelo integrado destaca a transição gradual entre tratamentos curativos e paliativos, priorizando o alívio do sofrimento, a qualidade de vida e o suporte à família no período de luto (Figura 1).

Figura 1. Modelo integrado de cuidados curativos e paliativos.



Fonte: INCA, 2022.

Estima-se que, globalmente, 56,8 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos anualmente, sendo 25,7 milhões em fase terminal, mas apenas 10% recebem atendimento (Atlas Global de Cuidados Paliativos, 2020). A maioria é composta por adultos acima de 50 anos (67,1%), com as doenças crônicas não transmissíveis representando 69% das necessidades. Condições como câncer, HIV/Aids, demências e doenças pulmonares são as principais causas de sofrimento.

mento grave. No Brasil, em 2019, mais de 885 mil pessoas morreram necessitando de cuidados paliativos, colocando o país no 42.º lugar no Índice de Qualidade de Morte, classificado como de “qualidade média.” Contudo, o Atlas da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2022) registrou um aumento de 54,7% nos serviços assistenciais em comparação a 2019, totalizando 234 serviços, refletindo maior engajamento nessa área.

Os cuidados paliativos frequentemente envolvem decisões complexas que demandam reflexão ética, como manejo de sintomas e planejamento de cuidados. Na Atenção Primária, a ética reforça o cuidado centrado na pessoa, respeitando sua dignidade, valores e preferências. Conceitos como eutanásia, distanásia, ortotanásia e kalotanásia guiam essas discussões, promovendo abordagens compassivas que alinhem as decisões clínicas aos desejos do usuário, com foco na qualidade de vida e na integralidade do cuidado (Quadro 1).

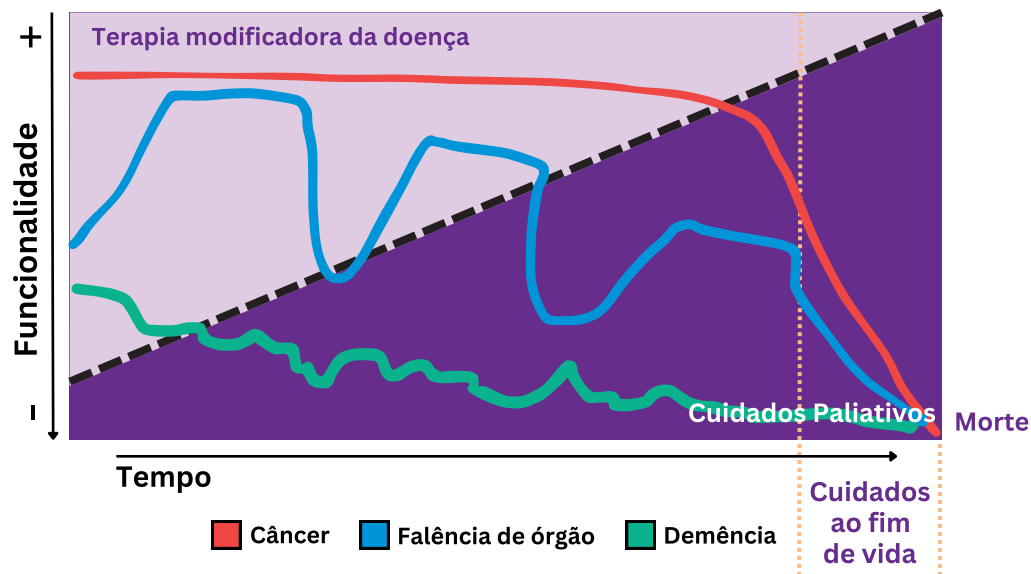
### Quadro 1. Conceitos éticos para cuidados no fim de vida.

CONCEITO	DEFINIÇÃO
<b>Eutanásia</b>	Ação deliberada para provocar a morte de um usuário, com o intuito de aliviar seu sofrimento, frequentemente a pedido da pessoa.
<b>Distanásia</b>	Prolongamento excessivo e inapropriado da vida por meio de tratamentos fúteis, mesmo quando a morte é inevitável.
<b>Ortotanásia</b>	Ação de permitir que a morte ocorra naturalmente, evitando tratamentos desnecessários ou excessivos que apenas prolongam o sofrimento, respeitando a vontade da pessoa.
<b>Kalotanásia</b>	Morte tranquila e pacífica, sem esforços excessivos para prolongar artificialmente a vida ou acelerar o processo de morte, permitindo um fim natural digno.

Fonte: Floriani, 2021.

Na Figura 2, trajetórias de fim de vida, estão representados visualmente os diferentes estágios e transições que as pessoas podem passar à medida que enfrentam doenças ameaçadoras à vida. É uma ferramenta útil para entender a evolução da condição de saúde e para orientar a tomada de decisões clínicas e de cuidados, além de servir como uma base para estabelecer objetivos de cuidado em colaboração com o usuário e seus familiares, garantindo que as decisões tomadas estejam alinhadas com os valores e desejos individuais. A identificação precoce das necessidades de cuidados paliativos torna-se o ponto de partida para a transição.

**Figura 2. Trajetórias de fim de vida.**



Em vermelho, evidencia-se o trajeto de declínio funcional relacionado ao câncer, com piora abrupta de funcionalidade próximo ao fim de vida. Em azul observa-se a piora gradual de funcionalidade, com episódios agudos seguidos de recuperação parcial. Esta trajetória acontece em doenças crônicas avançadas como insuficiência cardíaca (IC), doença renal crônica (DRC) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Em verde verifica-se um declínio progressivo e lento na funcionalidade, geralmente observado na demência. Cada momento de avaliação dos usuários permite aos profissionais de saúde adequarem os objetivos do cuidado de acordo com a trajetória esperada. A identificação da necessidade dos cuidados de fim de vida demanda um cuidado mais intenso e próximo do usuário e seus familiares (Amblàs-Novellas, Jordi *et al.*, 2016).

**Lembre-se de que cada pessoa possui uma trajetória única no fim da vida, tornando essencial a individualização e a comunicação constante com o usuário e sua família. Os cuidados variam em intensidade ao longo da evolução da doença, com a transição gradual do foco em tratamentos modificadores para abordagens paliativas.**

Os cuidados paliativos devem ser iniciados no momento do diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida. O SPICT (do inglês *Supportive & Palliative Care Indicators Tool* — disponível no site “The University of Edinburgh” pelo QR code ao lado) é uma ferramenta clínica valiosa que auxilia na identificação de pessoas com deterioração da saúde devido a doenças graves ou condições de saúde. Sua função central não é apenas encaminhar as pessoas a cuidados especializados, mas também fornecer suporte para elevar a qualidade do atendimento oferecido por diversos profissionais de saúde (Paraizo-Horvath, Camila Maria Silva *et al.*, 2022). Apresentamos a seguir indicadores gerais e clínicos para determinadas condições que indicam a necessidade de suporte e cuidados paliativos.



**Figura 3. Indicadores gerais de piora da saúde para identificação da necessidade de cuidados paliativos.**



**Recorrências de internações hospitalares não programadas;**



**Piora da funcionalidade e atividades diárias (a pessoa passa mais de 50% do dia na cama ou cadeira);**



**Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental;**



**Perda de peso significativa nos últimos 3 a 6 meses e/ou um baixo IMC;**



**Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base;**



**Solicitação da pessoa ou de sua família de cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou foco na qualidade de vida.**

## Quadro 2. Critérios clínicos para determinadas condições crônicas que indicam a necessidade de cuidados paliativos.

<b>DOENÇA</b>	<b>CRITÉRIOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>
<b>Câncer</b>	Declínio funcional, múltiplas comorbidades.
<b>Demência/ fragilidade</b>	Declínio cognitivo significativo, necessidade crescente de assistência.
<b>Doença cardiovascular</b>	Classe funcional III/IV da New York Heart Association (NYHA).
<b>Doença renal</b>	Estágios 4 e 5 de doença renal crônica, com piora clínica, insuficiência renal com outras condições limitantes.
<b>Doença respiratória</b>	Doença respiratória crônica grave com falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços; necessidade de oxigenoterapia por longo prazo.
<b>Doença hepática</b>	Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano.
<b>Doença neurológica</b>	Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva, mesmo com terapia otimizada.

Fonte: Adaptado de NHS Lothian. SPICt-BR, 2016.

Os cuidados paliativos devem estar integrados à rede de atenção à saúde, garantindo segurança e respeito às decisões do usuário e sua família em todas as etapas do adoecimento. Usuários com condições complexas devem ser encaminhados para atenção secundária ou terciária, conforme necessário. A equipe de Saúde da Família, com abordagem humanizada, promove controle de sintomas e suporte integral, permitindo uma terminalidade digna e com menor sofrimento. A Política Nacional de Cuidados Paliativos reforça a integração desses cuidados à Rede de Atenção à Saúde, com destaque para a atenção primária e planos de cuidado articulados.

## **PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO (PADI): COMO FUNCIONA?**

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) atende à Portaria MS/GB de Consolidação n.º 5, de 28/09/2017, e é o “Melhor em Casa” do município do Rio de Janeiro (MRJ). Ele oferece assistência em casa a usuários estáveis, restritos ao leito ou ao domicílio, que apresentem doenças crônicas agudizadas, incapacidade funcional provisória ou permanente, pessoas em cuidados paliativos e outros agravos que necessitem de cuidados intensificados e por equipe multidisciplinar, sem restrição de faixa etária (Brasil, 2012).

A assistência domiciliar é realizada de forma integrada com as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), com as equipes de Saúde da Família responsáveis pela continuidade do cuidado e pelo acompanhamento dos usuários. O atendimento domiciliar ocorre em três modalidades distintas: AD1, AD2 e AD3, conforme a complexidade dos cuidados necessários.

É possível que os usuários apresentem evolução no quadro clínico, permitindo a transição entre as categorias de atendimento. Em todas as modalidades, é fundamental que as equipes da APS e do PADI discutam conjuntamente o plano de cuidados, garantindo a assistência integral e personalizada ao usuário.

No MRJ, as equipes do PADI estão instaladas nos hospitais municipais, onde realizam a busca ativa nas enfermarias, com o intuito de identificar os pacientes com perfil para atendimento domiciliar. Para usuários da APS que necessitem de cuidados paliativos pelo PADI, a unidade de saúde de referência deve fazer a inclusão do mesmo no SISREG para “atendimento PADI” e informar à base do PADI do seu território sobre esta inclusão, de forma a articular o início da assistência pela equipe do PADI, conforme o quadro a seguir.

**Quadro 3. Contato das Bases do PADI por Área de Planejamento.**

<b>AP</b>	<b>EQUIPE PADI</b>	<b>TELEFONES</b>
<b>AP 2.1</b>	SMS PADI Miguel Couto	3344-2201/ 99422-2896
<b>AP 3.1</b>	SMS PADI Paulino Werneck <sup>(*)</sup>	3111-7727
<b>AP 3.2</b>	SMS PADI Salgado Filho	2228-7599 / 99428-4048
<b>AP 3.3</b>	SMS PADI Francisco da Silva Telles	2471-5533 / 99424-6546
<b>AP 4.0</b>	SMS PADI Lourenço Jorge	3325-0580 / 99423-6344
<b>AP 5.1</b>	SMS PADI Albert Schweitzer	98372-0252
<b>AP 5.2</b>	SMS PADI Rocha Faria	99422-7758 / 99433-3618
<b>AP 5.3</b>	SMS PADI Pedro II	3288-7418 / 97597-3269

(\*) Somente para moradores da Ilha do Governador. Observação: as referências por bairro para cada equipe PADI no município do Rio de Janeiro e outras informações estão disponíveis em [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro\\_PADI\\_PDF2024.pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_PADI_PDF2024.pdf). Fonte: Elaboração própria.

## EPISÓDIO DE CUIDADO

O episódio de cuidado em cuidados paliativos abrange ações integradas e humanizadas para aliviar sintomas e promover qualidade de vida, respeitando as dimensões física, emocional, social e espiritual do usuário.

### ETAPA 1. DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO

<b>TAREFAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Realizar uma avaliação holística do usuário, incluindo dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais;</li><li>■ Identificar e documentar os principais sintomas, preocupações e expectativas do usuário e de sua família;</li><li>■ Estabelecer comunicação efetiva com o usuário e familiares, para entender suas preferências de cuidado;</li><li>■ Convidar o usuário e seus familiares a conversarem sobre morte;</li><li>■ Iniciar a discussão sobre diretivas antecipadas de vontade (DAV);</li><li>■ Iniciar acompanhamento multidisciplinar, caso o indivíduo ainda não tenha.</li></ul>
<b>LACUNAS DO CUIDADO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Focar apenas nos sintomas físicos da pessoa;</li><li>■ Ausência do CID10: Z51.5 — Cuidado Paliativo;</li><li>■ Não conversar sobre o diagnóstico, a morte e o processo de morrer.</li></ul>

## ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR\*

<b>SUBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Documentar a narrativa da pessoa sobre sua doença, sintomas, efeitos na qualidade de vida e expectativas.</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Avaliação clínica focada no estado geral, principais sintomas, sinais vitais e avaliação de qualquer achado clínico relevante, assim como exames laboratoriais ou de imagem.</li> <li>■ Registrar resultado das escalas indicadas para cada caso.</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Análise dos dados subjetivos e objetivos, para identificar problemas atuais, necessidades de cuidados paliativos e elaborar um diagnóstico de situação.</li> <li>■ Incluir o CID10: Z51.5 — Cuidado Paliativo.</li> </ul>
<b>PLANO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Definir objetivos de cuidado alinhados com os desejos do usuário, iniciar manejo sintomático, e planejar o acompanhamento e a reavaliação.</li> </ul>

\*Essas informações e ações não precisam estar todas em uma única consulta, podendo constituir o somatório de uma sequência de consultas.

## ETAPA 2. SEGUIMENTO DAS CONSULTAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

<b>TAREFAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Monitorar e reavaliar continuamente os sintomas, ajustando o plano de cuidado conforme necessário;</li><li>■ Reforçar a comunicação com os usuários e a família, para adaptar os cuidados às mudanças na condição clínica e nas preferências do usuário;</li><li>■ Dar abertura para conversa sobre espiritualidade, luto e o processo de morrer;</li><li>■ Revisão das diretivas antecipadas de vontade;</li><li>■ Coordenar cuidados com outros profissionais e serviços, se necessário;</li><li>■ Avaliar a necessidade de acompanhamento conjunto com outros profissionais de saúde que ainda não tenham sido incluídos.</li></ul>
<b>LACUNAS DO CUIDADO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Falta de seguimento regular que considere as mudanças na condição da pessoa;</li><li>■ Evitação de temas difíceis, como morte e espiritualidade;</li><li>■ Falta do registro das DAV em prontuário;</li><li>■ Ausência do CID10: Z51.5 — Cuidado Paliativo;</li><li>■ Falta de registro de prescrição de medicações para controle de sintomas;</li><li>■ Ausência do registro da prescrição de medicações para eventos agudos, por considerar que não há proposta de terapêutica curativa para doença limitante da vida.</li></ul>

## ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR\*

<b>SUBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Registrar a experiência do usuário com a doença e tratamento, mudanças nas preferências e preocupações emergentes.</li> <li>■ Manter avaliação biológica, psicológica, social e espiritual.</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reavaliação sistemática do estado clínico, com ênfase nos sintomas relatados e na eficácia das intervenções.</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Revisão do plano de cuidado baseado na evolução do estado da pessoa, eficácia das intervenções e mudanças nas necessidades e desejos.</li> <li>■ Utilizar o CID10: Z51.5 — Cuidado Paliativo.</li> </ul>
<b>PLANO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ajustar o manejo sintomático e as intervenções de suporte, atualizar o plano de cuidados baseado na reavaliação e nas discussões contínuas com a pessoa e sua família.</li> </ul>

\*Essas informações e ações não precisam estar todas em uma única consulta, podendo constituir o somatório de uma sequência de consultas.

### ETAPA 3. CONSULTAS EM FIM DE VIDA

<b>TAREFAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Preparar o indivíduo e seus familiares para o possível progresso da doença, discutindo antecipadamente intervenções e decisões sobre o fim da vida;</li><li>■ Realizar reavaliações programadas com base na progressão da doença e nas necessidades do usuário, podendo ser mais frequentes conforme a condição se agrava;</li><li>■ Reforçar a comunicação com o usuário e sua família, para adaptar os cuidados às mudanças na condição clínica e nas preferências do indivíduo;</li><li>■ Coordenar cuidados com outros profissionais e serviços, se necessário;</li><li>■ Fornecer recursos para o luto e suporte familiar após a morte da pessoa;</li><li>■ Registrar as expectativas e desejos do usuário e de seus familiares em relação ao cuidado, considerando, também, possíveis mudanças em suas atitudes, percepções ou sentimentos diante do tratamento e do processo de cuidado;</li><li>■ Assegurar que o usuário receba cuidados respeitosos e dignos no fim de vida, com ênfase em conforto e qualidade de vida;</li><li>■ Implementar ferramentas como a Escala de Performance Paliativa (PPS — do inglês <i>Palliative Performance Scale</i>), para monitorar a condição do indivíduo e ajustar os cuidados, conforme necessário.</li></ul>
<b>LACUNAS DO CUIDADO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Espaçar as consultas com a pessoa em fim de vida, por dificuldade de lidar com a finitude;</li><li>■ Ausência do CID10: Z51.5 — Cuidado Paliativo;</li><li>■ Falta de individualização do cuidado, respeitando os desejos do usuário.</li></ul>

## ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR\*

<b>SUBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Documentar as percepções do usuário sobre sua condição, incluindo quaisquer sintomas físicos, desconfortos emocionais e preocupações sociais ou espirituais;</li> <li>■ Registrar as expectativas e desejos do usuário e de seus familiares em relação ao cuidado, considerando, também, possíveis mudanças em suas atitudes, percepções ou sentimentos diante do tratamento e do processo de cuidado;</li> <li>■ Anotar informações sobre a qualidade de vida percebida pelo usuário e o impacto dos sintomas em suas atividades diárias.</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Realizar uma avaliação física detalhada, documentando os sintomas principais, sinais vitais e qualquer achado clínico relevante, como condição da pele, mobilidade e presença de edema ou dor;</li> <li>■ Registrar resultados de exames laboratoriais ou de imagem que foram realizados, enfocando alterações ou estabilidade dos parâmetros clínicos;</li> <li>■ Usar e registrar resultados de escalas validadas para avaliação de dor, depressão, ansiedade ou outras condições relevantes.</li> </ul>
<b>AValiação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Revisão do plano de cuidado baseado na evolução do estado clínico da pessoa, eficácia das intervenções e mudanças nas necessidades e desejos.</li> <li>■ Utilizar o CID10: Z51.5 — Cuidado Paliativo.</li> </ul>

**PLANO**

- Detalhar as intervenções a serem realizadas, incluindo ajustes no manejo sintomático, modificações na medicação e qualquer nova medida de suporte necessária;
- Estabelecer metas de cuidado claras e realistas com base nas preferências do usuário, visando à melhora da qualidade de vida e ao alívio dos sintomas;
- Planejar o acompanhamento e a frequência das reavaliações, ajustando conforme a necessidade de intensificar ou reduzir intervenções, com base na evolução do estado clínico da pessoa;
- Incluir diretrizes para a comunicação contínua com o usuário e sua família, garantindo que todas as partes estejam informadas e envolvidas no processo de cuidado.

\*Essas informações e ações não precisam estar todas em uma única consulta, podendo constituir o somatório de uma sequência de consultas.

A frequência das reavaliações em cuidados paliativos deve ser individualizada, considerando as necessidades do usuário, alterações no quadro clínico e a disponibilidade da equipe. Alterações agudas exigem reavaliações imediatas, enquanto casos estáveis podem seguir intervalos regulares. O planejamento baseia-se em avaliações abrangentes (Hennemann-Krause, Lilian *et al.*, 2016).

## FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO E ABORDAGEM PROGNÓSTICA

O processo de planejamento de cuidados paliativos é fundamentado em uma avaliação abrangente do indivíduo, conduzida por meio do exame clínico de rotina e pelo uso de ferramentas que possibilitam uma avaliação objetiva de sua condição. Os registros no prontuário de pessoas em cuidados paliativos devem incluir informações vitais para um cuidado personalizado, como nome, preferência de tratamento, sexo, idade, estado civil, filhos e netos, profissão anterior, local de nascimento, membros do domicílio, crenças religiosas e preferências pessoais. Além disso, é fundamental compreender o entendimento do usuário sobre sua condição de saúde.

A seguir alguns instrumentos de avaliação de sintomas e funcionalidade, destacando suas principais características.

Quadro 4. Instrumentos de avaliação de sintomas e funcionalidade e suas principais características.

FERRAMENTA	FOCO	UTILIZAÇÃO	COMO É APLICADA	OBJETIVO
<b>ESAS — do inglês <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> (Anexo 1)</b>	Avaliação dos sintomas relatados pelo indivíduo.	Monitoramento da intensidade dos sintomas ao longo do tempo.	O usuário ou o cuidador atribui uma pontuação de 0 a 10 para sintomas como dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite e falta de ar.	Identificar e quantificar os sintomas percebidos pelo indivíduo, para orientar o tratamento e proporcionar alívio.
<b>KPS — do inglês <i>Karnofsky Performance Status Scale</i> (Anexo 2)</b>	Avaliação da capacidade funcional da pessoa com câncer.	Avaliar a habilidade do indivíduo para realizar atividades diárias e sua independência.	O profissional de saúde avalia a capacidade do usuário em realizar tarefas como deambulação, autocuidado, trabalho e atividades normais.	Determinar o impacto da doença na funcionalidade da pessoa e prever como isso afeta sua qualidade de vida.
<b>PPS — do inglês <i>Palliative Performance Scale</i> (Anexo 3)</b>	Avaliação da funcionalidade e estado geral da pessoa.	Avaliar a capacidade do indivíduo em diversos domínios, como deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência.	Semelhante à escala KPS, o profissional de saúde avalia a pessoa em diferentes domínios, atribuindo uma pontuação correspondente.	Oferecer uma avaliação mais abrangente da funcionalidade, permitindo uma estimativa mais precisa do estado geral do usuário.

Fonte: Elaboração própria.

## CUIDADO INTEGRAL

### DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV)

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são instruções escritas pelo usuário, maior de 18 anos, sobre como devem ser tomadas as decisões de tratamento médico. O documento terá efeito quando o usuário não puder ou não conseguir expressar livre e autonomamente sua vontade (Messias, A. A. *et al.*, 2020).

As DAV têm como princípios bioéticos a autonomia, o respeito às pessoas e a lealdade. Elas podem reduzir o medo do usuário, aumentar sua autoestima, aumentar a comunicação e confiança médico-pessoa. Também podem proteger o profissional da saúde contra denúncias e auxiliar outros médicos diante de situações ambíguas.

No Brasil, o respaldo ético encontra-se na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n.º 1995/2012, que define as diretivas antecipadas de vontade como: conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo usuário, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

É fundamental registrar em prontuário as DAV que foram comunicadas diretamente pelo usuário, não sendo exigida a presença de testemunhas ou que o documento seja firmado em cartório. O registro permite que a equipe tenha suporte ético na tomada de decisão.

O Testamento Vital (TV) e o Mandato Duradouro são variações das DAV. O termo TV costuma ser utilizado quando o documento é registrado em cartório. É mais específico quanto às vontades do indivíduo, como, por exemplo, ser informado ou não sobre diagnósticos fatais, aceitar ou recusar intervenções médicas e doar órgãos. O testamento vital pode ser revisto e alterado a qualquer momento, desde que o indivíduo esteja pleno de suas capacidades no momento da alteração (Dadalto; Tupinambás; Greco, 2013).

Por outro lado, quando o usuário intitula outra pessoa para responder por ele quando este estiver incapacitado de fazê-lo, recebe a denominação de Mandato Duradouro.

## CUIDADO PARA CUIDADORES

O papel do cuidador diante do diagnóstico de uma doença que ameace à vida é complexo por envolver não apenas a dedicação integral e responsabilidade emocional, mas também o enfrentamento de um impacto em sua própria saúde física, mental e emocional.

A definição de sobrecarga do cuidador ou da Síndrome do Cuidador se dá quando há um conjunto de sintomas físicos, psicológicos e emocionais que afetam os indivíduos que assumem esta função, sendo uma resposta ao estresse crônico e à demanda física, emocional e financeira envolvida no cuidado constante de outra pessoa.

**SINTOMAS: Fadiga, exaustão, estresse, ansiedade, depressão, isolamento social, irritabilidade, alterações no sono e na alimentação, problemas de saúde física, sentimentos de sobrecarga, culpa e perda de identidade própria.**

Para facilitar a percepção de um cuidador sob estresse, podem ser utilizados instrumentos que avaliem o grau de sobrecarga apresentada pelo mesmo, como o modelo da Escala Zarit Reduzida, que possui grande utilidade na abordagem dos cuidadores. Ela consiste em sete perguntas que devem ser respondidas com base na frequência com que o entrevistado percebe vivenciar as situações (Anexo 4).

## COMUNICAÇÃO DE MÁΣ NOTÍCIAS

Uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde é a comunicação de más notícias. É fundamental que a comunicação com o usuário e seus familiares seja clara, fornecendo esclarecimentos precoces sobre o curso da doença. A habilidade de transmitir notícias difíceis é treinável e essencial para a prática assistencial diária.

Recomendações para que a comunicação seja mais empática e efetiva (Carvalho; Parsons, 2012; D'Alessandro, 2020):

- Identificar-se com nome e profissão;
- Falar com clareza sobre o objetivo da comunicação (diagnóstico, prognóstico, mudança de tratamento ou falha, comunicação de óbito);
- Reunir as informações necessárias, como últimos resultados de exames ou pareceres de outras equipes, por exemplo;
- Estar presente ao momento, se mostrando calmo e atento com postura acolhedora;
- Usar uma comunicação empática e sem mentiras, validando sentimentos;
- Utilizar uma linguagem clara, evitando termos técnicos que possam dificultar a compreensão do usuário quanto à mensagem que está sendo transmitida;
- Manter uma escuta atenta e ativa, respeitando a fala do usuário e seus familiares, mantendo silêncio quando necessário;
- Observar e interpretar expressões não verbais, tanto do paciente/familiar quanto do próprio comunicador.

O Protocolo Spikes é uma referência importante para a comunicação de más notícias, oferecendo uma abordagem didática para esse processo.

### Quadro 5. Protocolo Spikes.

ETAPA	DESCRIÇÃO
<b>SETTING UP</b> (Preparando)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Preparando-se para o encontro.</li> <li>■ Espaço confortável e privado. Se apresentar e iniciar com perguntas informais.</li> </ul>
<b>PERCEPTION</b> (Percebendo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Percebendo o indivíduo.</li> <li>■ Tirar dúvidas, explicar o motivo da conversa, verificar o que a pessoa sabe sobre a doença e corrigir possíveis ideias incorretas.</li> </ul>
<b>INVITATION</b> (Convidando)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Convidando ao diálogo.</li> <li>■ Entender o quanto o indivíduo quer saber sobre a doença.</li> </ul>
<b>KNOWLEDGE</b> (Entendimento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Transmitindo as informações e verificando a compreensão do que foi falado.</li> <li>■ É interessante que divida a informação em diagnóstico, prognóstico, indicação ou não de alguns procedimentos e planejamento do cuidado.</li> </ul>
<b>EMOTIONS</b> (Emoções)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Expressando emoções.</li> <li>■ Responder, de forma empática, a reação da pessoa. Ficar atento aos sinais não verbais. Usar o toque físico pode ajudar nesse momento, bem como se aproximar fisicamente do indivíduo.</li> </ul>
<b>STRATEGY AND SUMMARY</b> (Estratégia e Resumo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Resumindo e organizando estratégias.</li> <li>■ Sumarizar o que foi falado e compartilhar o plano terapêutico. Essa atitude ajuda a diminuir a ansiedade do indivíduo.</li> </ul>

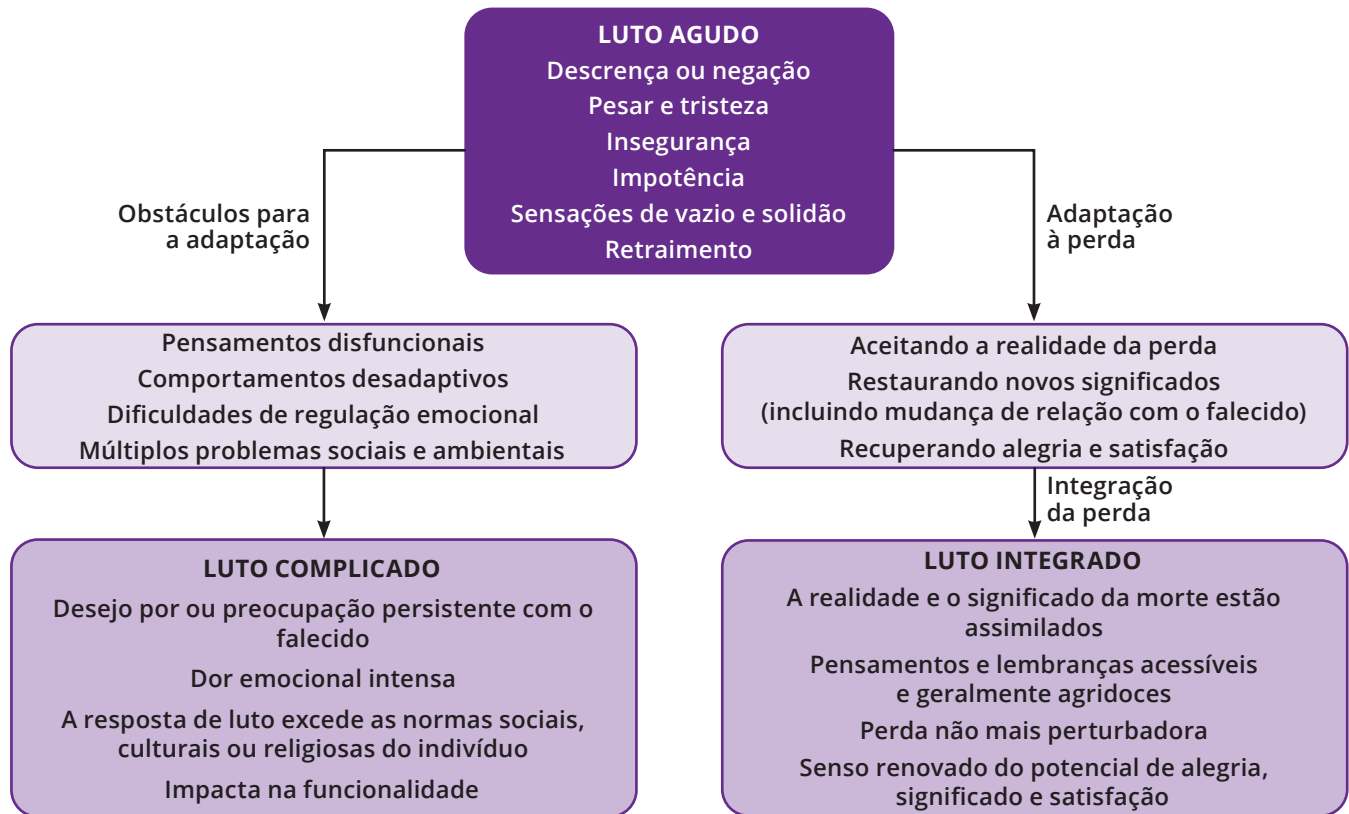
Fonte: Baile, 2000.

A conspiração do silêncio ou cerco do silêncio é o acordo de forma explícita ou implícita, por familiares, amigos e/ou profissionais, para ocultar informações do usuário, sem levar em consideração o que ele deseja no que diz respeito ao diagnóstico, prognóstico e gravidade da doença. A conspiração do silêncio é gerada por uma dificuldade de comunicação profissional-usuário-família, e pode ser motivada por paternalismo familiar, autoproteção de profissionais de saúde e família, falta de capacitação familiar, além de dificuldade e tabus de discutir sobre morte. A família tem a falsa sensação de que esconder a verdade do usuário faz com que a dor seja menor, porém fazer isso cerceia o direito do mesmo em fazer escolhas no decorrer da evolução da doença. Saber sobre a terminalidade próxima ajuda a família e usuário a desenvolverem estratégias de luto e apoio mútuo (Machado, 2019).

## LUTO

O luto pode ser definido como um processo no qual é observada a resposta de um indivíduo diante do rompimento de um vínculo significativo, podendo este ser em relação à morte de um ente ou alguém próximo, à morte de um animal de estimação, ao fim de um relacionamento, à perda de um emprego, entre outros. Esse processo é algo esperado, não linear, individual e subjetivo, tanto em relação à sua duração quanto à forma como se apresenta, influenciado por fatores internos e externos.

Figura 4. Processo de luto e possíveis desfechos.



Fonte: Adaptado de Duncan, B. B. *et al.*, 2022.

## ACONSELHAMENTO DO LUTO

Inicialmente, após o falecimento de um indivíduo, é importante que algum profissional da equipe de saúde faça contato com a família, seja por meio de visita domiciliar ou contato telefônico, para encerrar o cuidado e oferecer acolhimento e apoio às pessoas enlutadas. Muitas vezes, cartas de condolências e participação em rituais (funerais, missas etc.) também podem gerar apoio importante (Carvalho; Parsons, 2012).

Ao abordar uma pessoa enlutada, é fundamental avaliar alguns fatores que podem auxiliar no aconselhamento do luto, influenciar na intensidade de sintomas e transição entre as fases do processo e que também podem ser preditores de risco do luto complicado.

- Relação e vínculo entre o falecido e o enlutado (familiares com vínculo forte, familiares com vínculo fragilizado, amigos etc.), gênero e idade do falecido.
- Tipo de morte: morte natural, morte por doença (avaliar se houve acompanhamento em período de final de vida) ou morte violenta etc.
- Vulnerabilidades pessoais: história prévia de acometimento de saúde mental ou luto complicado, uso abusivo de substâncias, presença ou ausência de rede de apoio, vulnerabilidade financeira, influências sociais e culturais (Parkes, 1998).

De acordo com a avaliação realizada, é possível sugerir intervenções apropriadas para cada pessoa.

Processos de luto complicado sem diagnóstico e sem tratamento adequado trazem profundo sofrimento à pessoa enlutada e, como consequência, uma queda importante em sua qualidade de vida. Podem, ainda, desencadear outros quadros de saúde mental.

O “Guia Rápido — Assistência ao Óbito” (<https://subpav.org/aps/arquivo/download/3588>) tem o objetivo de auxiliar na prática da constatação do óbito, na emissão das declarações de óbito e no suporte às famílias das pessoas que morreram, de forma segura e qualificada. A publicação também dispõe sobre orientações de abordagem ao luto e espiritualidade.

## ABORDAGEM DA ESPIRITUALIDADE

A espiritualidade é considerada uma dimensão vital dentro do contexto de cuidados paliativos e deve ser avaliada e inserida no plano de cuidado durante o acompanhamento de uma pessoa (Carvalho; Parsons, 2012). Quando a abordagem da espiritualidade acontece de forma adequada, é considerada um marcador de qualidade no cuidado. Entretanto, muitos profissionais se deparam com a falta de treinamento e instrumentos para abordar o tema e, muitas vezes, apresentam dificuldade com suas próprias questões espirituais.

A espiritualidade pode ser considerada uma experiência pessoal e intrínseca, na qual o indivíduo busca respostas sobre o relacionamento com o sagrado, com o transcendente e sobre o significado da vida. Quando há uma organização de crenças, símbolos, rituais e práticas que visem auxiliar a aproximação do indivíduo com o sagrado ou transcendente, compreende-se o conceito de religião.

Por ser um tema extremamente subjetivo, sugere-se a abordagem do histórico espiritual e de abordagens semiestruturadas para a avaliação da espiritualidade de um indivíduo. Ferramentas como FICA, HOPE e SPIRIT, listadas a seguir, podem guiar a entrevista, lembrando de pontos-chave a serem abordados na avaliação.

### Quadro 6. Questionário FICA.

<b>FAITH (Fé)</b>	Você se considera uma pessoa espiritualizada ou religiosa? Tem alguma fé? Se não, o que dá sentido à sua vida?
<b>IMPORTANCE (Importância)</b>	A fé é importante na sua vida? Quanto?
<b>COMMUNITY (Comunidade)</b>	Você faz parte de alguma igreja ou comunidade espiritual?
<b>ADDRESS (Abordagem)</b>	Como nós (equipe) podemos abordar e incluir essa questão no seu atendimento?

### Quadro 7. Questionário HOPE.

<p><b>HOPE</b> (fontes de esperança, significado, conforto, força, paz, amor e conexão)</p>	<p>Onde você encontra esperança, força, paz? Nos momentos difíceis da sua vida, no que você encontrou coragem/esperança para seguir em frente? O que lhe dá força para seguir em frente? Algumas pessoas encontram conforto em crenças espirituais ou religiosas, como é para você?</p>
<p><b>ORGANIZED RELIGION</b> (religião organizada)</p>	<p>Você faz parte de alguma religião? Isso é importante para você? Que a religião ajuda (ou não) você? Você pertence a alguma outra crença ou comunidade espiritual? Como isso o ajuda?</p>
<p><b>PERSONAL SPIRITUALITY</b> (espiritualidade e práticas pessoais)</p>	<p>Você possui alguma crença espiritual, independentemente das religiões? Como é? Você acredita em Deus? Como você lida com isso? Quais são os aspectos da sua prática espiritual que mais o ajudam (meditação, oração, leitura, música, contato com a natureza)?</p>
<p><b>EFFECTS ON MEDICAL CARE AND END-OF-LIFE ISSUES</b> (efeitos nos cuidados médicos e nas questões de fim de vida)</p>	<p>Sua doença atual interfere nas coisas que o ajudavam espiritualmente? Afetou sua relação com Deus? Como posso ajudar você a encontrar novamente as fontes de espiritualidade que o ajudavam? Você está preocupado com algum tipo de conflito entre suas crenças e as decisões médicas? Você gostaria de conversar com o capelão de nosso hospital ou o líder de sua comunidade religiosa/espiritual? Há alguma restrição de alguma prática que possamos ajudar?</p>

Fonte: Lucchetti, Giancarlo *et al.* 2010.

**Quadro 8. Questionário SPIRIT.**

<b><i>SPIRITUAL BELIEF</i></b> <b>(Afiliação Religiosa)</b>	Qual é a sua religião?
<b><i>PERSONAL SPIRITUALITY</i></b> <b>(Espiritualidade Pessoal)</b>	Descreva as crenças e práticas de sua religião ou sistema espiritual que você aceita ou não.
<b><i>INTEGRATION WITH SPIRITUAL COMMUNITY</i></b> <b>(Integração em Comunidades Espirituais ou Religiosas)</b>	Você pertence a alguma igreja, templo ou outra forma de comunidade espiritual? Qual é a importância que você dá a isso?
<b><i>RITUALIZED PRACTICES AND RESTRICTIONS</i></b> <b>(Rituais e Restrições)</b>	Quais as práticas específicas da sua religião ou comunidade espiritual (meditação ou reza)? Quais os significados e restrições dessa prática?
<b><i>IMPLICATIONS FOR MEDICAL CARE</i></b> <b>(Implicações Médicas)</b>	Quais desses aspectos espirituais/religiosos você gostaria que eu estivesse atento?
<b><i>TERMINAL EVENTS PLANNING</i></b> <b>(Planejamento do Fim)</b>	No planejamento do final da sua vida, como sua vontade interfere nas suas decisões?

Fonte: D'Alessandro; Pires, 2020.

## MANEJO DOS SINTOMAS MAIS COMUNS

Pessoas com doença ameaçadora da vida, ou em estado de terminalidade, podem apresentar diversos sintomas, relacionados ou não às suas doenças de base; estes podem ser associados às crenças pessoais ou familiares, suas expectativas perante sua doença ou, ainda, relacionados com seu contexto socioeconômico.

Os sintomas mais comumente descritos são: dor, sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia, constipação, inapetência), sintomas respiratórios (broncorreia, dispneia, tosse), disfagia e sintomas psicológicos (angústia, medo, ansiedade, depressão). Estes devem ser prontamente identificados e manejados, de maneira farmacológica ou não, de acordo com a disponibilidade ou condição financeira, conforme sua causa, a fim de trazer melhor qualidade de vida à pessoa e aos familiares, seguindo os princípios da OMS, listados a seguir (WHO, 1996).

1. Pela boca: do menos invasivo ao mais invasivo — via oral, sublingual, transdérmica, subcutânea, via retal, intravenosa, e intramuscular;
2. Pelo relógio: medicações de horário, de acordo com seu tempo de ação, a fim de prevenir o aparecimento de sintomas e, caso apareça, uso de medicações de resgate;
3. Pela escada analgésica;
4. Pelas decisões e respostas individuais;
5. Atenção aos detalhes: reavaliações devem ser feitas para avaliar a resposta à terapia; verificar situações que melhoram ou pioram a dor (fatores físicos, psíquicos, sociais ou espirituais); prevenção e tratamento de possíveis efeitos colaterais.

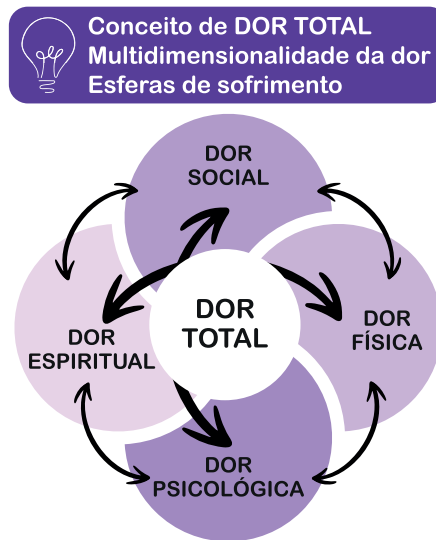
**A polifarmácia pode ser um grande problema para o usuário, e sua lista de medicamentos deve ser sempre revisitada e reajustada. A desprescrição é de suma importância, para evitar efeitos adversos de medicamentos que podem não trazer mais benefícios para o indivíduo, dependendo do estágio e do prognóstico da doença.**

## CONTROLE DA DOR

A dor é uma experiência somatossensorial e/ou psíquica desagradável, que pode ser resultado ou não de um dano tecidual real ou potencial, levando ao desconforto e à diminuição da qualidade de vida para quem a experiencia ou observa o outro experienciando.

Em cuidados paliativos, utiliza-se o conceito de dor total, proposto por Cicely Saunders em 1967, quando esta reconheceu que a dor sofre influências de fatores físicos, emocionais, sociais, familiares, financeiros ou espirituais (Figura 5). Sendo assim, o coordenador do cuidado daquele indivíduo e família deve sempre estar atento a estes fatores, a fim de tratar a “dor total” em esferas que vão além da dor física, identificando, de maneira individualizada, quais destes fatores atuam e contribuem para o quadro doloroso relatado pelo usuário. Esta abordagem reforça a relação entre a pessoa e o médico, trazendo melhor controle, não somente da dor, mas também de outros sintomas que possam ocorrer.

**Figura 5. Dor total e suas diversas dimensões.**



A dor pode ser classificada de acordo com sua fisiopatologia ou duração e estar associada a outros fatores.

Quanto à **FISIOPATOLOGIA**, sua classificação pode ser:

- **Nociceptiva:** Relacionada ao dano tecidual, exceto quando ocorre em sistema nervoso central (SNC) e sistema nervoso periférico (SNP). Pode, ainda, ser classificada em somática ou visceral:
  - **Somática:** é relatada como de caráter constante, bem localizada, que piora ao movimento e melhora ao repouso;
  - **Visceral:** pode ter característica constante (em aperto) ou intermitente (cólicas), geralmente de maneira não muito bem localizada.
- **Neuropática:** Dano ou doença no SNC ou SNP, normalmente relatada como sensação de queimação, choque e/ou latejamento.
  - No SNC pode ser causada por deafferentação (dor do membro fantasma) ou por disfunção autonômica;
  - No SNP pode ser resultado de polineuropatias ou mononeuropatias.
- **Mista:** Apresenta componentes neuropáticos e nociceptivos.

De acordo com a **DURAÇÃO**, a dor pode ser classificada como:

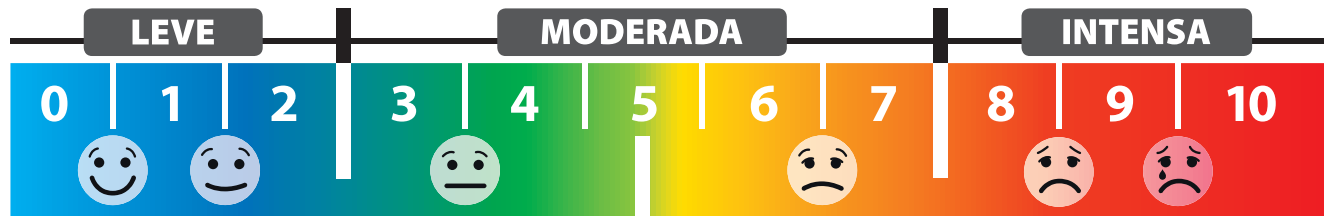
- **Aguda:** Normalmente com duração menor que três meses, associada a inflamação ou danos mecânicos;
- **Crônica:** Se houver duração ou recorrência entre três e seis meses e normalmente ocasionada por danos nervosos;
- **Incidental:** Picos de dor ultrapassando o controle da dor em pessoas que experienciam dor crônica — normalmente tem início de maneira súbita e episódios de curta duração.

## **AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR**

Na busca por proporcionar cuidados abrangentes, a avaliação eficaz da intensidade da dor desempenha um papel central nos cuidados paliativos. Visualizando a dor como uma experiência multifacetada, destacam-se três instrumentos comuns: a escala visual numérica; a escala visual analógica (EVA); e a de descritores verbais. Estes métodos, embora

distintos em sua abordagem, convergem para fornecer uma compreensão mais completa da experiência da dor, capacitando os profissionais a ajustar estratégias terapêuticas de maneira precisa e personalizada. A imagem a seguir ilustra essas ferramentas, oferecendo uma referência visual prática para facilitar a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, usuários e cuidadores.

**Figura 6. Escala Visual Analógica (EVA), numérica e de descritores verbais — instrumento de avaliação subjetiva da intensidade da dor.**



Fonte: SMS-Rio.

Na escala visual analógica, o indivíduo deve marcar, em uma linha contínua, o ponto que melhor representa a intensidade da sua dor. Na escala numérica, a pessoa atribui uma nota de zero a dez para quantificar a dor. Já a escala de descritores verbais avalia a resposta do usuário quando é questionado sobre o nível de dor que está sentindo.

Há ainda outras escalas, como a Escala de Faces, a Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada (PAINAD — do inglês *Pain Assessment in Advanced Dementia*) e a Escala Comportamental de Dor, que podem auxiliar na avaliação da intensidade da dor em pessoas com dificuldade de verbalização.

## Manejo não farmacológico

- Orientar quanto ao uso de colchão de fluxo de ar ou viscoelástico, caso seja possível;
- Estimular a realização de exercícios de relaxamento, autocuidado e mobilização;
- Ofertar fisioterapia;
- Oferecer suporte psicológico, espiritual e orientações personalizadas;
- Incorporar Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como acupuntura, reflexologia podal (Anderson *et al.*, 2021), Reiki e fitoterapia.

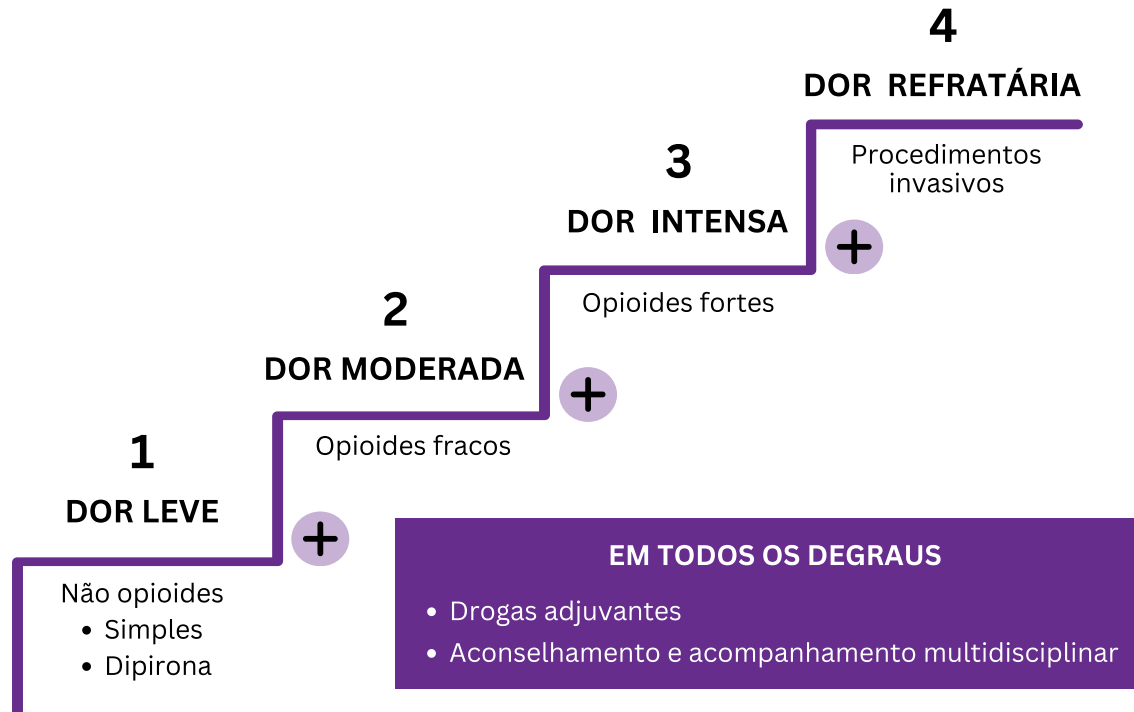
## Manejo farmacológico

O manejo da dor oncológica deve seguir a escada analgésica proposta pela OMS (Figura 7), de acordo com a intensidade da dor relatada ou a resposta ao tratamento previamente proposto. No tratamento da dor nociceptiva, caso seja necessária a adição de medicação adjuvante, deve-se evitar o uso de fármacos que estejam em um degrau superior à medicação previamente utilizada (Quadro 9). Além disso, há opções específicas de tratamento farmacológico para a dor neuropática (Quadro 10).

Deve-se, ainda, atentar aos potenciais efeitos colaterais das medicações, principalmente caso o indivíduo esteja em uso de opioides fracos ou fortes.

Em casos refratários, graves e/ou reversíveis, é importante considerar a discussão com um especialista focal sobre a possibilidade de outras técnicas de intervenção, como: radioterapia; neuromodulação elétrica; bloqueios nervosos; ou analgesia peridural ou intratecal.

Figura 7. Escada analgésica da dor da OMS.



Fonte: Adaptado de Rangel O., Telles C., 2012.

**Quadro 9. Medicamentos para dor nociceptiva.**

CLASSE	MEDICAMENTOS	POSOLOGIA	DOSAGEM MÁXIMA	APRESENTAÇÕES <sup>1</sup>	PARTICULARIDADES
<b>Analgésicos simples</b>	Dipirona	4/4h ou 6/6h	8g/dia	Comp. 500mg Solução oral 500mg/ml Amp. EV/IM 500mg/ml	Agranulocitose
	Paracetamol	4/4h ou 6/6h	4g/dia	Comp. 500mg Solução oral 200mg/ml	Hepatotoxicidade
<b>AINES</b>	Ibuprofeno	6/6h ou 8/8h	3,2g/dia	Comp. 300mg Solução oral 50mg/ml	Sintomas dispépticos, risco de sangramento, piora de função renal. Uso cauteloso em idosos, nefropatas, hepatopatas e pessoas em quimioterapia.
	Diclofenaco	6/6h ou 8/8h	200mg/dia	Comp. 50mg Amp. IM 25mg/ml	
<b>AIEs</b>	Dexametasona	12/12h ou 24/24h	16mg/dia	Comp. 4mg Amp. 4mg/ml	Auxilia na analgesia, principalmente se dor óssea e dor neuropática. Baixo efeito mineralocorticoide.

1 Comp. — Comprimido; Amp. — Ampola; EV — Endovenoso; IM — Intramuscular

CLASSE	MEDICAMENTOS	POSOLOGIA	DOSAGEM MÁXIMA	APRESENTAÇÕES <sup>1</sup>	PARTICULARIDADES
<b>Opioides fracos</b>	Tramadol	4/4h ou 6/6h	400mg/dia	Comp. 50mg	Efeito antitussígeno
	Codeína	4/4h ou 6/6h	360mg	Comp. 30mg	Efeito antitussígeno, constipante (sempre associar laxante)
<b>Opioides fortes</b>	Morfina <sup>(*)</sup>	4/4h	O que limita o aumento de dose é o efeito colateral.	Comp. 10mg Amp. 10mg/ml	A dose máxima é de acordo com tolerância e efeitos colaterais do indivíduo.
	Metadona	12/12h ou 8/8h		Comp. 5 e 10mg Amp. 10mg/ml	Melhor ação na dor neuropática

(\*) A Nota técnica S/SUBPAV/SAP n.º 02/2021 versa sobre as recomendações para aquisição do talonário tipo “A” e está disponível no portal da SUBPAV. Fonte: Adaptado de Manual de Cuidados Paliativos, 3ª Edição, 2021.

## CUIDADOS COM USUÁRIOS DE OPIOIDES

Em usuários em uso de opioides, ressalta-se que a abordagem e o acompanhamento multiprofissional devem ser realizados de forma contínua. Além disso, é essencial monitorar a tolerância e a possível resistência ao medicamento. Ao iniciar o uso de morfina, deve-se sempre considerar a dose previamente administrada de opioide fraco, calculando a dose inicial de morfina com base na equivalência adequada entre os fármacos:

- Codeína = 1/10 Morfina;
- Tramadol = 1/6 e 1/10 Morfina;
- A metadona possui equivalência à morfina de maneira não linear.

Os possíveis efeitos adversos são: náusea; vômitos; constipação; prurido; retenção urinária; hiperalgesia; e vertigem. A diminuição da dose pode reduzir efeitos indesejáveis. Devido à alta prevalência da constipação secundária ao uso de opioides, é importante sempre avaliar a prescrição de laxantes irritativos de horário, como bisacodil.

Doses de resgate:

- Opióide fraco: o resgate pode ser realizado com o mesmo medicamento ou em associação com adjuvante (descendo a escala analgésica), respeitando o limite de dose máxima;
- Opióide forte: o resgate é realizado com morfina simples, pois tem ação rápida e meia vida curta, e deve ser realizado com cerca de 1/6 a 1/10 da dose diária equivalente.

É ainda necessário avaliar os seguintes fatores de risco para dependência, que são: branco; jovem; histórico pessoal ou familiar de abuso de substâncias; privação de liberdade; e transtornos mentais.

Em casos de suspeita de intoxicação, deve-se solicitar uma avaliação em unidade hospitalar. Isso é mais comum em pessoas com nefropatia, hepatopatia, uso de doses maiores do que as recomendadas e na rotação de medicações. Os principais sintomas desse quadro são: miose bilateral; sedação; depressão respiratória (FR < 10ipm — frequência respiratória / incursões por minuto); e mioclonia.

A rotação de opioide, que é a substituição de opioide de acordo com equivalência analgésica, pode ser indicada se a pessoa não tolerar efeitos adversos, em caso de intoxicação, tolerância ou dependência.

Para avaliação de abstinência, os principais sintomas são adrenérgicos, como: náusea; vômitos; palpitações; e sudorese. O uso de opioides de meia vida mais longa pode ajudar no desmame, melhora dos sintomas da abstinência, assim como uso de medicações agonistas adrenérgicas.

Quadro 10. Medicamentos para dor neuropática.

CLASSE	MEDICAMENTOS	POSOLOGIA	DOSAGEM MÁXIMA	APRESENTAÇÕES	PARTICULARIDADES
<b>Antidepressivos tricíclicos</b>	Amitriptilina	24/24h	150mg/dia	Comp. 25mg e 100mg	<p>Não apresentam efeito dose-resposta. Podem causar hipotensão ortostática, xerostomia, sonolência, constipação.</p> <p>A amitriptilina pode prolongar o intervalo QT e é contraindicada se glaucoma. Cautela em indivíduos idosos.</p>
	Nortriptilina	24/24h	150mg/dia	Comp. 25mg	
	Imipramina	24/24h	150mg/dia	Comp. 25mg	
<b>Anticonvulsivantes</b>	Gabapentina	8/8h	3,6g/dia	Comp. 300mg e 400mg*	Efeito dose-resposta; causa sonolência.
	Carbamazepina	8/8h ou 6/6h	1,6g/dia	Comp. 200mg Solução oral 20mg/ml	Interação com opioides — diminuição do efeito.
	Fenitoína	8/8h	500mg	Comp. 100mg	Pouco usado para dor.

CLASSE	MEDICAMENTOS	POSOLOGIA	DOSAGEM MÁXIMA	APRESENTAÇÕES	PARTICULARIDADES
<b>Agentes tópicos</b>	Lidocaína gel	12/12h	—	Gel 2%	2 a 4 semanas até que o efeito completo seja observado. Deve ser fixada fina camada com gaze e micropore no local da dor.

\*Disponível no componente especial da assistência farmacêutica com retirada por meio de Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME). Fonte: Adaptado de FERREIRA, Gabriel Drumond; MENDONÇA, Gabriela Nóbrega. Cuidados paliativos: guia de bolso. São Paulo: ANCP, 2017.

## DOR NÃO ONCOLÓGICA

A dor não oncológica, ao contrário da dor oncológica, frequentemente tem origem em condições crônicas degenerativas, como osteoartrite, desgaste muscular ou doenças inflamatórias crônicas não relacionadas ao câncer. Sua avaliação pode demandar abordagens diferenciadas, com uma análise mais detalhada das causas subjacentes, que podem não ser imediatamente evidentes.

Enquanto o manejo da dor oncológica frequentemente avança para o uso de opioides potentes, a dor não oncológica tende a ser tratada inicialmente com abordagens mais conservadoras. O uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), medicamentos anticonvulsivantes ou antidepressivos pode ser priorizado antes da introdução de opioides. Além disso, terapias complementares como fisioterapia, terapia ocupacional e intervenções psicológicas desempenham um papel crucial no manejo dessa condição.

Abordagens comportamentais e psicoterapêuticas também podem ajudar os pacientes a lidar de maneira mais eficaz com a dor crônica, contribuindo para reduzir a dependência de medicamentos e promovendo uma melhor qualidade de vida.

## MANEJO DE SINTOMAS GASTROINTESTINAIS

### NÁUSEAS E VÔMITOS

Em usuários que estejam apresentando náuseas e vômitos, é necessário avaliar: início; intensidade; fatores desencadeantes; fatores de melhora e/ou piora; características; sintomas concomitantes; apetite e desejo de comer; alterações recentes de hábito intestinal; uso de medicações; dor abdominal; relato de fraqueza; obstipação; e medicações em uso.

#### Manejo não farmacológico

- Mastigar bem os alimentos e devagar;
- Realizar pequenas refeições em intervalos mais curtos;
- Preferir alimentos gelados ou em temperatura ambiente;
- Sugerir ingestão de sorvete ou picolé de frutas cítricas, se não houver mucosite;
- Evitar alimentos gordurosos, doces e condimentados;
- Evitar a ingestão de líquidos durante as refeições;
- Não se deitar imediatamente após as refeições, aguardando de 60 a 90 minutos;
- Manter uma boa higiene bucal;
- Manter o ambiente arejado e livre de odores e de excesso de estímulos visuais e sonoros, quando possível;
- Considerar sonda nasogástrica e restrição hídrica na presença de obstrução intestinal.

## Quadro 11. Práticas Integrativas e Complementares — Fitoterapia, para o manejo de náuseas e vômitos.

NOME CIENTÍFICO	NOME POPULAR	MODO DE PREPARO	FORMAS DE USO
<i>Zingiber officinale</i>	Gengibre	Chá por decocção de 1g (1 colher de café) dos rizomas frescos para cada xícara de água	Após esfriar, ingerir uma xícara 30 minutos antes de iniciar a situação que causa náuseas, até 3 vezes ao dia por, no máximo, duas semanas. O uso é contraindicado para pessoas que apresentam cálculos biliares, irritação gástrica e hipertensão arterial. Não usar concomitantemente com anticoagulantes.

Fonte: Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, 2021; Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, 2016.

**AROMATERAPIA: Óleo essencial de Hortelã-pimenta (*Mentha piperita*) — Inalação direta: pingar uma gota na palma das mãos, esfregar e respirar com as mãos em concha.**

**ATENÇÃO! Cuidado com os olhos — a aproximação com os olhos pode irritá-los e levar a lacrimejamento.**

### Manejo farmacológico

Para a definição do tratamento de forma adequada, é importante identificar a causa, sendo algumas áreas do sistema nervoso central e do trato gastrointestinal responsáveis por ativar o centro do vômito. São elas:

#### ■ Sistema nervoso central (SNC)

- **Zona Quimiorreceptora:** uso de opioides; quimioterápicos; anti-inflamatórios; antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação da serotonina; infecções; insuficiência renal e hepática; fatores tumorais; distúrbios hidroeletrólíticos.

- **Zona Vestibular:** associado à vertigem; alterações vestibulares; discinesia.
  - **Córtex:** ansiedade; medo; associação negativa (odores, alimentos).
- **Trato Gastrointestinal (TGI)**
- **Via nervo vago:** estímulo na orofaringe, por obstrução intestinal ou carcinomatose peritoneal.
  - **Motilidade gastrointestinal:** a motilidade fica reduzida por medicações ou por condições mecânicas.

**Quadro 12. Manejo farmacológico das náuseas, vômitos e soluços de acordo com a causa.**

CAUSA	MEDICAMENTOS	POSOLOGIA	DOSAGEM MÁXIMA	APRESENTAÇÕES <sup>2</sup>	PARTICULARIDADES
<b>Zona quimiorreceptora</b>	Metoclopramida	6/6h	80mg/dia	Comp. 10mg Solução oral 4mg/ml Amp. 5mg/ml, 2ml EV/IM/SC	O uso EV pode causar sintomas extrapiramidais. Evitar se suspeita de obstrução intestinal.
	Bromoprida	8/8h até 6/6h	60mg/dia	Comp. 10mg Solução oral 4mg/ml Amp. 5mg/ml, 2ml IM/EV	Evitar se suspeita de obstrução intestinal.
	Haloperidol	8/8h	100mg/dia	Comp. 1mg e 5mg Solução oral 2mg/ml Amp. 5mg/ml, 2ml IM	Para náuseas, doses baixas são suficientes (3 a 6mg/dia). Pode causar sonolência.
	Ondansetrona	8/8h até 4/4h	24mg/dia	Amp. 2mg/ml, 4ml EV Comp. 4mg e 8mg	—

CAUSA	MEDICAMENTOS	POSOLOGIA	DOSAGEM MÁXIMA	APRESENTAÇÕES <sup>2</sup>	PARTICULARIDADES
<b>Zona vestibular</b>	Dimenidrinato	6/6h	400mg/dia	Solução oral 25mg/ml Comp. 50mg	Pode ser usado em associação com Cinarizina, Meclin ou Betaistina para alívio da vertigem.
<b>TGI via nervo vago</b>	Haloperidol	6/6h	400mg/dia	Solução oral 25mg/ml Comp. 50mg	Avaliar necessidade de uso de antissecretores anticolinérgicos ou anti-inflamatórios esteroidais (secundário à compressão).
	Ondansetrona				
	Dimenidrinato				
<b>Dismotilidade de gastrointestinal</b>	Bromoprida	6/6h	400mg/dia	Solução oral 25mg/ml Comp. 50mg	Avaliar associação com inibidores da bomba de prótons e simeticona. Contraindicados se suspeita de obstrução do TGI.
	Metoclopramida				
	Domperidona	8/8h	40mg/dia	Solução oral 1mg/ml Comp. 10mg	

CAUSA	MEDICAMENTOS	POSOLOGIA	DOSAGEM MÁXIMA	APRESENTAÇÕES <sup>2</sup>	PARTICULARIDADES
<b>Sistema límbico</b>	Clonazepam	24/24h ou 12/12h	20mg/dia	Comp. 0,5mg e 2mg Solução oral 2,5mg/ml	Iniciar com doses baixas e aumentar, se necessário.
	Diazepam	24/24h	20mg/dia	Comp. 5mg e 10mg Amp. 5mg/ml, 2ml EV/IM	

Fonte: Adaptado de Manual de Cuidados Paliativos, 3ª Edição, 2021.

Em caso de desidratação grave, suspeita de distúrbios hidroeletrólíticos agudos, parada total de ingestão alimentar, sinais de abdome agudo, insuficiência hepática, hipertensão intracraniana, meningismo, rebaixamento do nível de consciência, taquipneia e hipotensão, solicitar avaliação em unidade de urgência e emergência.

## CONSTIPAÇÃO

Indivíduos com baixo grau de funcionalidade, especialmente idosos e acamados, estão mais suscetíveis à constipação, que também pode ocorrer como efeito adverso de medicamentos, como opioides e antidepressivos tricíclicos. É importante considerar o início dos sintomas, fatores que pioram ou melhoram a condição, hábito intestinal prévio, presença de tenesmo, flatulência, fatores dietéticos, medicações em uso e histórico cirúrgico. No exame físico deve-se buscar sinais de distensão abdominal, massas abdominais, irritação peritoneal e presença de fecaloma.

A maioria dos casos de constipação é autolimitada, responde bem ao manejo não farmacológico. É importante evitar o uso excessivo de laxantes irritativos ou osmóticos. Em todos os casos, especialmente nos quadros persistentes ou refratários, recomenda-se orientar sobre a adoção de uma dieta adequada e o aumento da ingestão de líquidos.

## Manejo não farmacológico

- Aumento da ingesta hídrica;
- Dieta laxativa;
- Estimular atividade física, se possível;
- Mobilização, massagens abdominais se indivíduo acamado;
- Posição de cócoras ao evacuar;
- Reeducação do hábito intestinal — estimular idas ao banheiro em “horário fixo”.

## Manejo farmacológico

### Quadro 13. Manejo farmacológico da constipação.

MECANISMO	OPÇÕES	POSOLOGIA	DOSAGEM MÁXIMA	APRESENTAÇÕES	PARTICULARIDADES
Irritativos/ Estimulantes	Bisacodil	12/12h	20mg/dia	Comp. 5mg	Primeira escolha, se secundário a opioides. Não devem ser utilizados em caso de obstrução intestinal. A Cáscara Sagrada pode reduzir os efeitos de AINES.
	Cáscara Sagrada ( <i>Rhamnus purshiana</i> )	24/24h	—	Comp. 50mg (apresentações variadas — fitoterápico)	

MECANISMO	OPÇÕES	POSOLOGIA	DOSAGEM MÁXIMA	APRESENTAÇÕES	PARTICULARIDADES
<b>Osmóticos</b>	Lactulose	24/24h	—	Solução oral 667mg/ml	Contraindicado se baixa ingesta alimentar.
	Glicerina	Intermitente	—	Supositório 95% (tamanhos adulto e pediátrico)	Melhor indicado em casos refratários e em casos de impação fecal.
<b>Emulsificantes</b>	Óleo mineral	12/12h	4 colheres chá/dia	Frasco 100ml	Costumam ter melhor eficácia se associado a laxativos irritativos. Não prescrever se usuário com dificuldade de deglutição (risco de pneumonia lipídica).
	Docusato	24/24h	60 a 180mg/dia	Comp. 60mg (associação com bisacodil 5mg)	
<b>Adjuvantes</b>	Procinéticos	Ver Quadro 12. Manejo farmacológico das náuseas e vômitos de acordo com a causa			
	Clister ou enema	—		SF 0,9% 500ml Glicerina 12% 500ml	Bem indicado caso presença de fecaloma.

Observação: Os laxativos que aumentam o bolo fecal, tanto osmóticos (lactulose, sorbitol), quanto não osmóticos (psyllium, metilcelulose) devem ser evitados caso a pessoa apresente baixa ingesta alimentar. A escolha do laxante deve ser pautada na preferência do indivíduo, levando em conta a necessidade de combinações fixas, e seus mecanismos de ação. Fonte: Adaptado de Manual de Cuidados Paliativos, 3ª Edição, 2021; Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, 2016; Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, 2021.

## DIARREIA

As principais causas de diarreia em pessoas sob cuidados paliativos são: desbalanço do tratamento laxativo; secundário a medicações (AINEs, antibióticos, antiácidos); impaction fecal com transbordamento; radioterapia abdominal ou pélvica; síndromes de má absorção (associadas a neoplasia de cabeça de pâncreas, doenças inflamatórias intestinais ou condições pós-cirúrgicas, como gastrectomia, ressecção ileal ou colectomia); tumores de cólon ou reto; infecções; e alterações relacionadas aos hábitos alimentares.

Deve-se sempre buscar explicação para o quadro clínico, afastando situações que necessitem de alguma intervenção, como infecção bacteriana ou helmíntica, hipotensão, desidratação grave e distúrbios hidroeletrólíticos, para assim realizar o manejo mais adequado, como a diminuição de dose de laxativos ou aumento de dose de opioides, por exemplo. O tratamento com medicação antidiarreica é melhor indicado em casos em que seja possível afastar causas infecciosas.

### Manejo não farmacológico

#### Quadro 14. Manejo não farmacológico complementar no manejo da diarreia — Fitoterapia.

NOME CIENTÍFICO	NOME POPULAR	MODO DE PREPARO	POSOLOGIA	PARTICULARIDADES
<i>Psidium guajava</i>	Goiaba (folhas jovens)	Chá por infusão (2 colheres de sopa de folhas frescas picadas para 1 xícara de chá de água)	Recomenda-se 1 xícara de chá, 2 a 3 vezes ao dia.	Contraindicado para pessoas com diabetes, cardiopatias e aquelas que apresentam distúrbios metabólicos.

Fonte: Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, 2021.

## Manejo farmacológico

### Quadro 15. Medicações antidiarreicas.

MECANISMO	OPÇÕES	POSOLOGIA	DOSAGEM MÁXIMA	APRESENTAÇÕES	PARTICULARIDADES
<b>Agentes absorventes</b>	Pectina	Intermitente	—	Diversas, com associação a agentes adsorventes.	Atua absorvendo água das fezes. Pode ocasionar cólicas.
<b>Agentes adsorventes</b>	Caolina	Intermitente	—	Diversas, com associação a agentes absorventes.	Atua acumulando moléculas em sua superfície, favorecendo o aumento da consistência das fezes.
<b>Opioide</b>	Loperamida	Intermitente	16mg/dia	Comp. 2mg	Iniciar com 4mg, e tomar 2mg após cada evacuação, respeitando a dose máxima.

MECANISMO	OPÇÕES	POSOLOGIA	DOSAGEM MÁXIMA	APRESENTAÇÕES	PARTICULARIDADES
<b>Inibidores de Prostaglandinas</b>	Subsalicilato de Bismuto	525mg a cada 30 a 60 minutos	5g	Suspensão oral 525mg/30ml	Age também como adsorvente, porém apresenta ação adicional antibacteriana. Melhor indicado para diarreia inespecífica.
	Mesalazina	8/8h	2,4g/dia	Comp. 400mg e 800mg	Ambas as medicações podem ser usadas na diarreia induzida por retocolite ulcerativa ou secundária à radioterapia. Avaliar risco/benefício do uso do AAS em altas doses.
	AAS	4/4h	1,8g/dia	Comp. 100mg e 300mg	

Fonte: Adaptado de Manual de Cuidados Paliativos, 3ª Edição, 2021.

## SOLUÇOS

Pessoas com doença avançada podem apresentar soluços que duram mais de 48 horas, o que pode ser exaustante e significativo para o estresse. As causas mais comuns são estase gástrica e distensão abdominal. Outras causas são: doença do refluxo gastrointestinal; infecções; distúrbios metabólicos (uremia, hipercalcemia ou hipomagnesemia); irritação do nervo frênico; e tumores pressionando a cúpula diafragmática. Como o soluço geralmente cessa espontaneamente, o tratamento só deve ser feito em casos de persistência.

## Manejo não farmacológico

- Beber água gelada ou mastigar gelo;
- Prender a respiração por alguns segundos ou usar saco para respirar;
- Coçar o palato mole para estimular a nasofaringe.

## Manejo farmacológico

Ver Quadro 12. Manejo farmacológico das náuseas e vômitos de acordo com a causa.

### Quadro 16. Opções de tratamento para casos refratários de soluços.

OPÇÕES	POSOLOGIA	PARTICULARIDADES
<b>Baclofeno</b>	5mg a 20mg — 2x ou 3x ao dia	Evitar interrupção abrupta
<b>Haloperidol</b>	1mg a 2mg — 3x/dia	Dose de manutenção: 1mg a 3mg antes de dormir
<b>Clorpromazina</b>	25mg a 50mg — 3 a 4x ao dia	Pode provocar sedação considerável
<b>Nifedipina</b>	20mg — 8/8h	—
<b>Gabapentina</b>	300mg a 400mg — 2 a 3 x ao dia	—

Fonte: Adaptado de FERREIRA, Gabriel Drumond; MENDONÇA, Gabriela Nóbrega. Cuidados paliativos: guia de bolso. São Paulo: ANCP, 2017.

## DISFAGIA

A disfagia pode ocorrer devido a doenças neurológicas congênitas ou em decorrência de eventos como traumatismo craniano e AVC. Os problemas de deglutição também podem surgir no início ou no final de uma doença neurológica degenerativa, como é o caso dos quadros demenciais, agravando-se conforme a evolução da doença (Duncan, B. B. *et al.*, 2022).

O tratamento pode incluir mudanças ou mesmo a restrição de determinados alimentos. Mesmo que haja evolução para dieta enteral, na maior parte das vezes, uma pequena dieta por via oral é mantida para satisfazer o desejo do usuário.

Caso haja disponibilidade, o acompanhamento conjunto com fonoaudiólogo é importante, para controle de disfagia e redução do risco de broncoaspiração.

Se houver parada total da aceitação alimentar, por provável processo expansivo, deve-se solicitar avaliação em unidade hospitalar, para garantir via alimentar.

## ABORDAGEM DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Os sintomas respiratórios devem ser tratados de acordo com sua causa. Se houver presença de sinais de alarme, como cianose, dispneia refratária ao tratamento, derrame pleural, desidratação moderada a grave, hemoptise com repercussão hemodinâmica, suspeita de processo agudo/infeccioso moderado a severo, intoxicação por opioide ou benzodiazepínico, solicitar avaliação em unidade de maior complexidade.

## Manejo não farmacológico

- Manter o ambiente ventilado (se possível, manter janela aberta);
- Usar leque ou ventilador para ventilar o rosto;
- Uso de roupas frescas, leves e que facilitem a movimentação;
- Aumento da ingesta hídrica caso tosse produtiva ou broncorreia;
- Restrição hídrica caso tosse ou dispneia de origem congestiva associada à diminuição grave da função cardíaca;
- Lavagem nasal caso componente alérgico;
- Identificar e afastar a pessoa de possíveis alérgenos, como poeira, mofo, pelos de animais ou fumaça;
- Elevação de decúbito ao deitar;
- Fisioterapia respiratória: posicionamento; manobras para mobilizar secreção; relaxamento de musculatura acessória; exercícios para prevenir e tratar imobilidade; aspiração de vias aéreas; e técnicas de controle de respiração.

**Quadro 17. Práticas Integrativas e Complementares — Fitoterapia, para o manejo da tosse produtiva.**

NOME CIENTÍFICO	NOME POPULAR	MODO DE PREPARO/ APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	PARTICULARIDADES
<b><i>Eucalyptus globulus</i></b>	Chá de Eucalipto	Na forma de chá por infusão (2 colheres de sopa das folhas frescas picadas para 1 xícara de chá de água)	3 vezes/dia	O uso é contraindicado durante a gestação, a lactação, para menores de 12 anos e em crianças com histórico de convulsões. Não deve ser administrado internamente em pessoas com inflamação do trato gastrointestinal, disfunções da vesícula biliar ou insuficiência hepática.
<b><i>Mikania glomerata</i></b>	Chá de Guaco	Chá por infusão (2 colheres de sopa das folhas frescas picadas para 1 xícara de chá de água)	1 xícara de chá até 4 vezes ao dia	Não utilizar em caso de tratamento com AINES e anticoagulantes. Contraindicado durante a gestação, a lactação e para menores de 18 anos, devido à falta de dados adequados que comprovem a segurança nessas situações. O uso concomitante com antibióticos deve ser evitado devido à potencial interação clínica. O xarope de guaco contém açúcar na formulação, por isso é contraindicado para pacientes diabéticos. Não usar por mais de 15 dias consecutivos. O tratamento pode ser repetido, se necessário, após intervalo de 5 dias.
	Xarope de Guaco	Xarope 0,1ml/1ml	5ml-15ml, VO, 8/8h. Obs.: a posologia pode variar de acordo com o laboratório.	

Fonte: Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, 2021.

## Manejo farmacológico

Quadro 18. Manejo farmacológico dos sintomas respiratórios.

SINTOMA	MECANISMO	MEDICAMENTO	POSOLOGIA <sup>3</sup>	APRESENTAÇÕES	PARTICULARIDADES
<b>Tosse seca</b>	Alérgica	Loratadina	10mg 24/24h	Comp. 10mg Solução oral 1mg/ml	Descartar tosse de origem infecciosa.
	Broncoespasmo	Salbutamol	4 a 12 inalações 6/6h	Aerossol 100mcg/dose	
		Ipratrópio	40 gotas 4/4 ou nebulização 6/6h	Frasco 0,25mg/ml	
	Congestiva	Furosemida	40-160mg 24/24h VO/EV	Comp. 40mg Amp. de 2ml com 10mg/ml	
	Adjuvante	Codeína	10-20mg 4/4h	Comp. 30mg e 60mg Solução oral 3mg/ml	
<b>Tosse produtiva</b>	—	Acetilcisteína	200-600mg/ dia	Sachê 200mg/5g e 600mg/5g Solução oral 20mg/ml	Orientar realização de lavagem nasal, aumentar a ingesta hídrica para favorecer a fluidificação e a eliminação das secreções.
<b>Broncorreia</b>	—	Escopolamina	10-20mg 6/6h VO/EV	Comp. 10mg Amp. de 1ml com 20mg/ml	

SINTOMA	MECANISMO	MEDICAMENTO	POSOLOGIA <sup>3</sup>	APRESENTAÇÕES	PARTICULARIDADES
Dispneia	Broncoespasmo	Salbutamol	4 a 12 inalações 6/6h	Aerossol 100mcg/dose	<b>Atenção aos sinais de alarme!</b> Considerar uso de opioide baixa dose.
		Ipratrópio	40 gotas 4/4 ou nebulização 6/6h	Frasco 0,25mg/ml	
	Congestiva	Furosemida	40-160mg 24/24h VO/EV	Comp. 40mg Amp. de 2ml com 10mg/ml	
	Psicogênico	Benzodiazepínicos	Ver Quadro 21. Manejo farmacológico da ansiedade e depressão.		
	Adjuvantes	Opioides	Em baixas dosagens	—	Tanto opioides fracos como opioides fortes diminuem a percepção central da dispneia.

Fonte: Adaptado de Manual de Cuidados Paliativos, 3ª Edição, 2021.

## TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Os transtornos mentais comuns incluem queixas somáticas e inespecíficas, depressão e ansiedade. Aproximadamente um terço dos sintomas somáticos relatados pelos usuários na APS, como dor e tontura, permanecerão sem explicação médica, mesmo após investigação adequada, apresentando importante associação com sofrimento mental.

O método clínico centrado na pessoa e o vínculo estabelecido na APS promovem confiança mútua e respeito, criando um ambiente propício para que os pacientes compartilhem informações pessoais essenciais para uma melhor compreensão e abordagem de seus problemas. Diversos estudos reforçam que a construção de um bom vínculo possui um importante efeito terapêutico, resultando em desfechos positivos no cuidado de pessoas em sofrimento mental (Duncan, B. B. *et al.*, 2022).

## **ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

Esses transtornos são mais comuns em pessoas no fim de vida do que em pessoas saudáveis e podem impactar negativamente a qualidade de vida, a adesão ao tratamento e a maneira como a pessoa enfrenta a progressão da doença. Até 60% das pessoas com depressão maior também apresentam sintomas de ansiedade. Essas condições podem estar relacionadas a medos associados ao processo de morrer, à dependência, à impotência diante da morte, ao desamparo familiar, à preocupação com entes queridos e a questões espirituais. Além disso, podem ser influenciadas por fatores clínicos, como dor não controlada, ou pelo uso de certos medicamentos, como corticoides, psicoestimulantes, broncodilatadores, antieméticos, sedativos, antidepressivos, entre outros.

Independentemente da terapia escolhida, é importante ressaltar que o foco deve ser a pessoa e sua família. A equipe da Saúde da Família deve estar preparada para escuta ativa, acolhimento e todos os esclarecimentos sobre a doença e sua evolução. O fato de estar deprimido, ter uma doença grave e estar em cuidados paliativos representa um fator de risco para suicídio, e a equipe deve estar atenta para identificar esses casos.

O cartão BABEL (Saúde Mental na Atenção Básica) contém instrumentos de avaliação em saúde mental, incluindo instrumentos de triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos e avaliação do risco de suicídio. Para ansiedade e depressão podem ser utilizados os testes disponíveis no cartão BABEL (<https://wp.ufpel.edu.br/ipab/files/2022/08/Cart%C2%A6o-Babel-Guia.pdf>).

## Manejo não farmacológico

- Psicoterapia, suporte psicológico individual ou em grupo, grupos de autoajuda ou autocuidado;
- Educação do usuário e familiar;
- Técnicas de relaxamento (respiração, *mindfulness*, meditação);
- Práticas Integrativas e Complementares: Fitoterapia e Aromaterapia; (Quadros 19 e 20);
- Cuidado espiritual;
- Discussão do caso com eMulti e, caso necessário, encaminhamento por meio do sistema de regulação.

### Quadro 19. Práticas Integrativas e Complementares — Fitoterapia no manejo não farmacológico dos transtornos mentais comuns.

NOME CIENTÍFICO	NOME POPULAR	MODO DE PREPARO	POSOLOGIA	PARTICULARIDADES
<i>Passiflora incarnata</i>	Maracujá (folhas)	Chá por infusão (2 colheres de sopa de folhas frescas picadas para 1 xícara de chá de água)	Recomenda-se 1 xícara de chá até 4 vezes ao dia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Interações medicamentosas:</b> pentobarbital e hexobarbital; inibidores da MAO; anticoagulantes como a varfarina.</li> <li>■ <b>Cuidados:</b> evitar dirigir veículos e operar máquinas; uso com cautela em usuários hipotensos; evitar o consumo de álcool durante o uso de passiflora.</li> </ul>

NOME CIENTÍFICO	NOME POPULAR	MODO DE PREPARO	POSOLOGIA	PARTICULARIDADES
<i>Lippia alba</i>	Erva cidreira (folhas)	Chá por infusão (2 colheres de sopa de folhas frescas picadas para 1 xícara de chá de água)	Recomenda-se 1 xícara de chá 2 a 3 vezes ao dia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Cuidados:</b> uso com cautela em hipotensos e uso concomitante com o paracetamol.</li> <li>■ <b>Interações medicamentosas:</b> pode potencializar o efeito de medicamentos depressores do SNC; o uso com paracetamol pode elevar a toxicidade desta droga.</li> </ul>
<i>Cymbopogon citratus</i>	Capim limão (folhas)	Chá por infusão (2 colheres de sobremesa de folhas frescas picadas para uma xícara de água)	Recomenda-se 1 xícara de chá de 3 a 4 vezes ao dia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Cuidados:</b> as infusões devem ser cuidadosamente filtradas, pois a ingestão contínua de microfílagas (que ficarão em suspensão) podem ocasionar ulcerações na mucosa do estômago.</li> <li>■ <b>Interações medicamentosas:</b> depressores do sistema nervoso central.</li> <li>■ <b>Efeitos colaterais:</b> em doses elevadas pode causar síncope e sedação.</li> </ul>

Observação: Utilizar por até 15 a 20 dias, podendo alternar as espécies. Fonte: Formulário Nacional de Fitoterápicos, 2021. NAVARRA, et al. (2015). DOS SANTOS, et al. (2022); MOREIRA, et al. (2022).

## Quadro 20. Práticas Integrativas e Complementares — Aromaterapia no manejo não farmacológico dos transtornos mentais comuns.

NOME CIENTÍFICO	NOME POPULAR	POSOLOGIA	PARTICULARIDADES
<i>Citrus bergamia</i>	Bergamota	Redução dos efeitos da ansiedade, estresse e melancolia, propiciando um sono profundo e reparador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aromatizador elétrico: pelo menos 10 gotas em difusor de ambiente + 10 gotas de água (ou até encher), para um ambiente médio de 30m<sup>2</sup>, por 25 a 30 minutos.</li> <li>■ Colar aromatizador: de 1 a 2 gotas em colar aromatizador pessoal, renovar quando necessário.</li> </ul>
<i>Citrus sinensis</i>	Laranja doce	Ansiedade e melhora do humor; indicado para crianças hiperativas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Escalda pés: repousar os pés até a panturrilha em uma bacia de água morna, sal grosso, bicarbonato e 5 a 12 gotas de óleo aromatizante por, mais ou menos, 15 minutos. Não utilizar em pessoas com neuropatias periféricas.</li> </ul>
<i>Lavandula angustifolia</i> ou <i>Lavandula officinalis</i>	Lavanda	Insônia, ansiedade, depressão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Para a melhora da insônia: 1 a 2 gotas de lavanda ou bergamota diretamente no travesseiro.</li> <li>■ Em caso de uso esporádico não precisa de pausa, mas em uso contínuo, fazer pausa de 3 a 7 dias a cada 21 dias.</li> </ul>

Fonte: Formulário Nacional de Fitoterápicos, 2021. NAVARRA, *et al.* (2015). DOS SANTOS, *et al.* (2022); MOREIRA, *et al.* (2022).

## Manejo farmacológico

### Quadro 21. Manejo farmacológico da ansiedade e depressão.

CLASSE	SUBSTÂNCIAS	OBSERVAÇÕES SOBRE O USO
<b>Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fluoxetina 10-40mg/dia</li> <li>■ Citalopram 10-60mg/dia</li> <li>■ Escitalopram 5-20mg/dia</li> <li>■ Paroxetina 10-40mg/dia</li> <li>■ Sertralina 25-200mg/dia</li> </ul>	Esta classe é a primeira escolha no caso de tratamento farmacológico, tanto para depressão como para ansiedade.
<b>Antidepressivos tricíclicos (ADT)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Amitriptilina 25-300mg/dia</li> <li>■ Nortriptilina 25-150mg/dia</li> </ul>	Devido aos efeitos deletérios anticolinérgicos e cardíacos, esses medicamentos são utilizados principalmente como coadjuvantes no controle da dor neuropática, em doses menores do que as recomendadas para o tratamento da depressão.
<b>Benzodiazepínicos (BZD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Clonazepam 0,25-6mg/dia</li> <li>■ Diazepam 5-40mg/dia</li> <li>■ Alprazolam 0,5-6mg/dia</li> <li>■ Lorazepam 1-6mg/dia</li> <li>■ Bromazepam 1,5-18mg/dia</li> </ul>	Podem ser usados como adjuvantes aos ISRS ou ADT em curtos períodos e baixas doses, ajustando-se se necessário. Em ansiedade com baixa expectativa de vida ou necessidade de alívio imediato, pode-se optar apenas por benzodiazepínicos (BZD) de meia-vida curta/intermediária, como alprazolam e lorazepam (10–20h), que têm menor risco de acúmulo que os de meia-vida longa, como o diazepam, mas exigem cautela em idosos e em pessoas sem uso prévio devido ao risco de rebaiamento e quedas.

Fonte: Elaboração própria.

**ATENÇÃO! Mesmo quando medicamentos são indicados, deve-se sempre respeitar o princípio da não-maleficência; qualidade de vida é a meta maior em Cuidados Paliativos!**

## **DELIRIUM**

É um distúrbio mental global inespecífico, agudo e secundário a uma série de doenças sistêmicas que afetam o cérebro. Caracteriza-se por alterações da consciência vigil, da atenção, do pensamento, da memória, da percepção, do comportamento psicomotor, da emoção e do ciclo sono-vigília, todas elas concomitantes. Apresenta delírios oníricos vívidos, semelhantes a sonhos, frequentemente acompanhados de alucinações, que muitas vezes têm conteúdos persecutórios, ou ilusões visuais.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com os vários processos demenciais. O delirium pode ser revertido, desde que se institua a terapêutica adequada. A incidência de delirium nas últimas horas de vida é alta, sendo até mesmo um dos sinais característicos e que anunciam a proximidade da morte. Esses momentos podem gerar angústia, e a equipe deve orientar a família e cuidadores. O principal para o tratamento é identificar as causas primárias e, se possível, corrigi-las.

### **Manejo não farmacológico**

- Mantenha o usuário em um ambiente tranquilo; se estiver em casa, evite interferências desnecessárias, garantindo iluminação solar durante o dia e luz indireta à noite, com o mínimo de excitação sensorial;
- Permita que o indivíduo tenha acesso à data e à hora, como por meio de um relógio de parede bem visível; mantenha os horários e a forma de cuidado o mais consistentes possível, evitando mudanças no cuidador;
- Prefira utilizar música ambiente calma e relaxante, por ser mais benéfica do que a televisão, para criar um ambiente tranquilo;
- Acompanhe as atividades do usuário, incluindo alimentação, higiene e deambulação;
- Procure conversar em tom calmo e suave, evitando discussões na presença do usuário.

## Manejo farmacológico

### Quadro 22. Manejo farmacológico do delirium.

OPÇÕES	POSOLOGIA	PARTICULARIDADES
<b>Haloperidol (NL típico)</b>	Iniciar a titulação de dose com 1 a 2,5mg VO, SC, IM ou EV a cada 4 horas, até a remissão dos sintomas	Fique atento à presença de sinais de impregnação, como tremores, apatia, “fácies de máscara” (falta de expressão facial) e sialorreia.
<b>Risperidona (NL atípico)</b>	Iniciar com 1mg/dia VO, até 10mg/dia	—
<b>Olanzapina (NL atípico)</b>	Iniciar com 2,5mg/dia VO, até 20mg/dia	—
<b>Lorazepam</b>	3 a 6mg/dia VO, SC ou EV	—
<b>Midazolam</b>	Iniciar com 7,5mg/dia por via SC ou EV, até a sedação dos sintomas	Costuma ser utilizado quando os sintomas são refratários a outras medidas.

Fonte: Elaboração própria.

## GESTÃO DE OUTROS SINTOMAS PREVALENTES

### FADIGA

É uma sensação subjetiva e persistente de cansaço e exaustão física, emocional e/ou cognitiva, desproporcional à atividade recente, que não melhora com sono ou repouso e interfere nas atividades diárias. A fadiga é relatada por 60% a 96% das pessoas em tratamento oncológico.

Este sintoma deve ser investigado, para garantir um manejo adequado, sendo importante descartar outras causas, como anemia, distúrbios hidroeletrólíticos, problemas da tireoide, infecções, insônia, depressão, ansiedade ou efeitos colaterais de medicamentos, como sedativos, diuréticos e opioides.

### **Manejo não farmacológico**

- Evitar atividades com gasto energético elevado ou desnecessário;
- Adequar a alimentação, garantindo os desejos individuais daquele indivíduo e avaliando o aporte calórico individual;
- Rever prescrições;
- Adaptar a rotina de acordo com o “padrão” da fadiga.

### **Manejo farmacológico**

- Antidepressivos são indicados na presença de depressão maior associada;
- Corticosteroides: Prednisona 5-40mg/dia ou dexametasona, ambos via oral, de acordo com equivalência de potência — o efeito dura em torno de 2 a 4 semanas;
- Estimulantes do SNC: Metilfenidato 5-10mg, 12/12h — é mais útil na fadiga secundária ao uso de opioides, mas pode ser considerado nas demais situações causadoras de fadiga.

### **CAQUEXIA**

Síndrome multifatorial caracterizada pela perda contínua de massa muscular, com ou sem perda de massa gorda, associada à inflamação sistêmica e a alterações metabólicas. Essa condição não pode ser completamente revertida pela terapia nutricional convencional, resultando em comprometimento funcional progressivo do organismo. Os indivíduos que experienciam perda ponderal importante devem ser sempre avaliados quanto ao seu estado nutricional, pelo olhar da equipe multidisciplinar, para garantir uma intervenção precoce visando à melhora da qualidade de vida.

## Classificação

- **Pré-caquexia:** Perda de peso menor ou igual a 5% nos últimos seis meses, associada à anorexia e a alterações metabólicas;
- **Caquexia:** Perda de peso acima de 5%, ou IMC abaixo de 20 e perda de peso maior que 2%, ou sarcopenia; ou perda de peso acima de 2% associada a sarcopenia;
- **Caquexia refratária:** Em geral associada com estágios avançados de doença oncológica, não responsivo ao tratamento e com sobrevida estimada menor que três meses.

## Manejo não farmacológico

- Apoio multidisciplinar, principalmente avaliação da nutrição, odontologia, fonoaudiologia e psicologia;
- Aconselhamento nutricional individualizado, para alcance das necessidades proteicas e calóricas;
- Alimentos fáceis de mastigar, evitando alimentos secos, duros, picantes ou ácidos;
- Pequenas porções, priorizando os desejos da pessoa;
- Se tolerado, adicionar às refeições complementos com alto teor calórico, como manteiga e queijo;
- Tentar não falar sobre comida o tempo todo e envolver o usuário no contexto social da alimentação;
- Avaliar afecções orais, garantir boa higiene oral e fornecer prótese dentária, se necessário;
- Estimular exercício físico e o uso de técnicas de relaxamento.

## Manejo farmacológico

- Dexametasona 4mg ou Prednisona 20 a 40mg pela manhã reduz náusea, aumenta o apetite, a energia e o bem-estar (a ação é rápida, mas o efeito tende a diminuir após 3 a 4 semanas) — devem ser reservados para pacientes com doença avançada ou quando um duplo benefício é esperado, como alívio da dor e das náuseas ou vômitos;

- Procinéticos podem ser considerados em casos de saciedade precoce, náusea ou vômito associado — considerar Metoclopramida 10mg ou Domperidona 10mg 3x/dia 30 minutos antes das refeições;
- Tetraidrocanabinol (THC) ou canabinoides sintéticos podem diminuir náuseas e estimular o apetite, porém existem poucos estudos, custo elevado e ainda baixa disponibilidade no Brasil.

## PERDA DE AUTONOMIA

Sempre avaliar o grau de dependência de maneira individualizada, a fim de trazer boas orientações à pessoa e aos cuidadores. Ferramentas para avaliação estão detalhadas na seção “Ferramentas de Avaliação e Abordagem Prognóstica”.

**ATENÇÃO! Indivíduos com perda de autonomia e seus familiares/cuidadores devem ser sempre orientados sobre o risco de queda, broncoaspiração, prevenção de úlceras por pressão e de trombose venosa, sobre higiene corporal, incluindo partes íntimas e oral, bem como os sinais e sintomas que devem orientar a busca por atendimento médico, como dessaturação, dispneia súbita, cianose, dor torácica, edema importante de membros, parada de aceitação alimentar, obstrução intestinal, crises convulsivas, alterações do comportamento, avaliação subjetiva da dor no caso de quadros demenciais avançados.**

## PRURIDO

É considerado como sensação desagradável na pele ou mucosa que provoca o desejo de coçar. Gera impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, principalmente em população idosa e pessoas com condições crônicas. Acomete com frequência pessoas com câncer, hepatopatias, nefropatias, tireoidopatias, diabetes mellitus, doenças linfoproliferativas e mielopatias, além da associação com fármacos e doenças primárias da pele. Traz um fator dificultador para atividades diárias, pode causar distúrbios do humor e sono, além de prejuízo pessoal, com impacto na qualidade de vida. Por fim, pode levar a complicações como escoriações, infecção secundária, insônia, distúrbios de ansiedade e humor.

## Investigação diagnóstica

Algumas doenças sistêmicas, principalmente quando descompensadas, podem causar prurido e devem ser investigadas. É importante detectar a causa, embora não exista uma estratégia universal para o tratamento do prurido. Tendo em vista que suas etiologias são diferentes, o objetivo deve ser reduzir a morbidade, prevenir as complicações e melhorar a qualidade de vida do usuário.

## Manejo não farmacológico

- Evitar banhos quentes, com duração maior do que 20 minutos, e de maneira repetida;
- Não esfregar toalha no corpo;
- Evitar sabonetes e preferir agentes sem fragrâncias;
- Hidratar a pele;
- Evitar fatores para pele seca;
- Utilizar roupas leves, com peças de roupa não abrasivas ou irritantes;
- Evitar escoriações mantendo unhas curtas;
- Realizar medidas para reduzir sudorese;
- Manter boa hidratação e evitar comer alimentos picantes ou muito quentes;
- Utilizar técnicas de relaxamento;
- Verificar a possibilidade de ser efeito colateral de algum medicamento e realizar o ajuste ou suspensão.

## Manejo farmacológico

### Quadro 23. Manejo farmacológico do prurido — agentes tópicos.

CLASSE	SUBSTÂNCIAS
<b>Glicocorticoides</b>	Betametasona 0,1%; hidrocortisona 1%; e mometasona 0,1%
<b>Anestésicos</b>	Lidocaína 1% e 2%; benzocaína 20%; e polidocanol (2% a 10% com ureia)
<b>Anti-histamínicos</b>	Difenidramina 1% + zinco 8% (calamina)
<b>Emolientes</b>	Ureia (5% a 10%); glicerina (20%); palmidrol/palmitoiletanolamida (0,3%); e leite/coloide de aveia
<b>Imunossupressores</b>	Tacrolimus 0,1%; e pimecrolimus 1% (formas localizadas de prurido)
<b>Fitoterápicos</b>	Cânfora (2% a 20%); mentol 1% a 10%; capsaicina a 0,025%; e adesivo a 8%
<b>Canabinoides</b>	Óleo de semente de cannabis

Fonte: Elaboração própria.

**Quadro 24. Manejo farmacológico do prurido — agentes sistêmicos.**

CLASSE	SUBSTÂNCIAS	PARTICULARIDADES
<b>Anti-histamínicos</b>	Loratadina 10mg Prometazina 25mg Dexclorfeniramina 2mg Hidroxizina 25 mg	Tem potencial antimuscarínico e de sedação, então deve-se tomar cuidado em usuários idosos, ou adicionar medicamentos se houver benefício dos efeitos sedativos concomitantes. Hidroxizina 25mg tem seu uso mais prevalente.
<b>Glicocorticoides</b>	Prednisona 5mg e 20mg Dexametasona 4mg	Utilizado em situações que envolvam inflamações, ou para tratamento de doenças de base; uso limitado e restrito por período de até duas semanas; são os mais utilizados.
<b>Anticonvulsivantes/ antidepressivos</b>	Gabapentina 300mg Pregabalina 75mg	Para prurido neuropático, nefropatia crônica e de origem indeterminada.
	Paroxetina 20mg Sertralina 25mg Fluoxetina 20mg	Para pruridos relacionados à colestase, paraneoplásica e psicogênica.
	Amitriptilina 25mg Mirtazapina 15mg Doxepina 25mg	Para pruridos relacionados à colestase, paraneoplásica e psicogênica.
<b>Imunossupressores</b>	Metotrexato 2,5mg Ciclosporina 25mg Azatioprina 50mg	Para prurido refratário e prurido crônico.

Fonte: Elaboração própria.

## MANEJO DAS URGÊNCIAS

O encaminhamento de pessoas em CP para os serviços de urgência e emergência deve ser considerado em situações onde haja uma mudança significativa no quadro clínico da pessoa, como o agravamento dos sintomas, dor inadequadamente controlada, dificuldades respiratórias agudas ou outros sintomas que comprometam a qualidade de vida e o bem-estar. Nesse contexto, é imprescindível respeitar a autonomia do indivíduo e de seus familiares, envolvendo-os nas decisões de encaminhamento sempre que possível e respeitando suas preferências e desejos.

A vigilância em cuidados paliativos envolve uma abordagem proativa e centrada no usuário, na qual a equipe de atenção primária se envolve na identificação de pessoas elegíveis para cuidados paliativos, avaliações regulares, monitoramento de sintomas, revisão e ajuste de medicamentos, planejamento antecipado de cuidados e coordenação com outros profissionais de saúde envolvidos na assistência do usuário.

Ressalta-se a importância da equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar tendo em vista a abordagem holística da pessoa, de sua família e do contexto social, cultural e econômico em que vivem. De preferência deve envolver médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, profissionais de educação física e assistentes espirituais de caráter ecumênico ou da religião escolhida pelo usuário.

Além das ferramentas diagnósticas e prognósticas já apresentadas, outros instrumentos que podem auxiliar na abordagem integral da pessoa, como: genograma; ecomapa; entrevista familiar; e grupos de cuidadores e/ou grupo de luto. (Silva, 2014).

Manter boa acessibilidade com canal aberto e ativo entre equipe, usuário e família é essencial, assim como fornecer informações por meio da “verdade lenta e progressivamente suportável”, estendendo o cuidado e a assistência ao luto da família pelo período que for necessário (Duncan, B. B. *et al.*, 2022).

## ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA PESSOA EM CUIDADOS PALIATIVOS

A finalidade dos cuidados paliativos é propiciar a atenuação da dor, dos sintomas e do estresse de uma grave doença, independentemente do diagnóstico, buscando melhorar a qualidade de vida do usuário. Durante esta fase sensível da vida, é crucial adotar uma abordagem abrangente e compassiva, para garantir o conforto e a qualidade de vida da pessoa. E com esse propósito, a atenção em saúde bucal torna-se parte essencial do tratamento da pessoa em cuidados paliativos, porém, infelizmente, essa ainda é uma etapa, muitas vezes, subestimada.

A seguir estão algumas medidas importantes consideradas como cuidados paliativos odontológicos.

### Quadro 25. Orientações para cuidados paliativos odontológicos.

<b>Avaliação inicial</b>	Antes de iniciar qualquer intervenção, é essencial realizar uma avaliação completa da saúde bucal da pessoa. Isso inclui examinar a condição dos dentes, gengivas, mucosas, e utilização de qualquer dispositivo protético que possa estar presente.
<b>Controle da dor</b>	Muitas vezes, pessoas em cuidados paliativos podem experimentar dor oral devido a condições como lesões cáries, infecções ou feridas. O controle eficaz da dor é fundamental para garantir o conforto do usuário. Isso pode envolver o uso de analgésicos tópicos ou sistêmicos, conforme prescrito por um profissional de saúde. Em alguns casos, o uso de laserterapia poderá ser utilizado, mas, para isso, o profissional deve estar habilitado.
<b>Higiene bucal adequada</b>	Mesmo que a pessoa em cuidados paliativos possa ter limitações físicas, é importante manter uma rotina de higiene bucal adequada. Isso inclui a escovação suave dos dentes e da língua, bem como o uso de fio dental, se possível. Pessoas usuárias de prótese dentária removível devem realizar a higiene e retirá-la durante a noite, a fim de evitar infecção e inflamação da mucosa. Nos casos em que a pessoa não consiga realizar a higiene bucal por conta própria, um cuidador treinado será fundamental para esse controle. O profissional poderá utilizar algum antimicrobiano, como clorexidina.

<b>Prevenção de complicações</b>	As pessoas em cuidados paliativos podem estar em maior risco de desenvolver complicações bucais, como candidíase oral ou mucosite (inflamação das mucosas). É importante monitorar de perto a saúde bucal da pessoa nessas condições, e intervir precocemente para prevenir ou tratar essas complicações. A laserterapia também pode ser utilizada em casos de mucosite.
<b>Alívio de sintomas</b>	Além da dor, outras queixas comuns incluem boca seca (xerostomia) e mau hálito. Estratégias para aliviar esses sintomas podem incluir o uso de enxaguatórios bucais hidratantes, pastilhas ou <i>sprays</i> umidificadores, e estimulação da produção de saliva, se possível.
<b>Nutrição adequada</b>	Problemas de saúde bucal podem dificultar a alimentação adequada da pessoa em cuidados paliativos. Em alguns casos, pode ser necessário adaptar a consistência dos alimentos, para torná-los mais fáceis de mastigar e engolir. Uma dieta nutritiva é essencial para manter a saúde geral e o bem-estar do usuário.

Fonte: Elaboração própria.

Na atenção à saúde bucal da pessoa em cuidados paliativos é primordial uma abordagem interprofissional, envolvendo tanto a equipe de saúde bucal como de saúde da família, eMulti, médicos paliativistas e outros profissionais de saúde. A comunicação e a colaboração entre esses membros da equipe são fundamentais para garantir que as necessidades das pessoas e de suas famílias sejam atendidas de maneira abrangente, humana e holística.

As principais afecções bucais observadas em pessoas em cuidados paliativos estão descritas no quadro a seguir. Ao abordá-las podemos ajudar a garantir que a pessoa em cuidados paliativos tenha o máximo conforto e qualidade de vida possível em relação à sua saúde bucal.

Quadro 26. Principais afecções bucais em pessoas em cuidados paliativos.

AFECÇÕES BUCAIS	DESCRIÇÃO	MANEJO
<b>Mucosite oral</b>	Caracterizada pela inflamação e ulceração da mucosa oral. Pode ser causada por quimioterapia, radioterapia ou outras terapias.	Recomenda-se o uso de analgésicos tópicos e, em casos graves, até mesmo opioides. O colutório de gluconato de clorexidina 0,12% é utilizado associado, para reduzir o desconforto e controlar a microbiota oral. A laserterapia também é uma opção de tratamento anti-inflamatório e analgésico, acelerando o processo de cicatrização.
<b>Candidíase oral</b>	Infecção fúngica causada pelo crescimento excessivo de <i>Candida albicans</i> na boca. Pode ocorrer devido à imunossupressão causada por doença avançada ou tratamentos como quimioterapia e corticosteroides.	Em casos de pessoas que fazem uso de prótese total, recomenda-se embeber a prótese em 15ml de água sanitária e 250ml de água por 30 minutos (em casos de prótese parcial, a técnica não é indicada). O ideal é que sejam armazenadas em soluções de água ou clorexidina 0,12% para correta higienização. O tratamento tópico é à base de nistatina, em suspensão (deve ser administrada com cautela em pessoas com diabetes, devido ao seu alto teor de açúcar). Medicações sistêmicas são o tratamento de escolha quando a medicação tópica se torna ineficaz (o flucanazol se mostrou eficiente nesse caso).
<b>Dor orofacial</b>	A dor na boca ou na face pode ser causada por várias condições, como neuropatia, inflamação, infecção ou trauma. O manejo da dor é crucial para melhorar o conforto e a qualidade de vida do usuário.	O tratamento deve ser voltado para a origem da condição dolorosa. Quando a dor é de leve a moderada, devem-se utilizar analgésicos não opiáceos e/ou AINES associados à medicação adjuvante. Na dor moderada, orienta-se analgésico e/ou AINES, mais opiáceo fraco e mais adjuvante. Na dor intensa recomenda-se opiáceos fortes mais adjuvantes.

AFECÇÕES BUCAIS	DESCRIÇÃO	MANEJO
<b>Xerostomia</b>	A redução na produção de saliva, pode ser causada por vários fatores, incluindo tratamentos contra o câncer, medicamentos e desidratação. A boca seca pode levar a problemas de deglutição, dificuldade em falar e aumento do risco de cárie dentária e infecções.	O tratamento é principalmente paliativo. Dentre as opções de tratamento estão os substitutos da saliva, acupuntura, laserterapia, transferência de glândulas salivares e medicamentos sistêmicos.
<b>Cárie dentária</b>	Pessoas em cuidados paliativos podem ter dificuldades em manter uma boa higiene bucal devido à fraqueza, fadiga ou outros sintomas da doença subjacente, aumentando o risco de cárie dentária.	O tratamento indicado é a remoção seletiva do tecido cariado acompanhado do Tratamento Restaurador Atraumático (TRA)/ TRA modificado.
<b>Halitose</b>	A etiologia é multifatorial nos casos de pessoas em cuidados paliativos. O acúmulo de saburra lingual, decorrente da dificuldade de higienização associada ao quadro de xerostomia, assim como o uso de determinados fármacos, são alguns exemplos dessas causas.	O tratamento é por meio da adequação do meio bucal (tratamento periodontal básico, remoção de restos radiculares, selamento cavitário, utilização de enxaguantes bucais, antifúngicos, antiácidos, antibióticos e instrução de higiene bucal).

AFECÇÕES BUCAIS	DESCRIÇÃO	MANEJO
<b>Infecções orais recorrentes</b>	Pessoas imunocomprometidas em cuidados paliativos podem ser mais suscetíveis a infecções orais recorrentes, como herpes labial ou infecções bacterianas.	Os fármacos utilizados para o tratamento dessa afecção são: corticosteroides tópicos (o fármaco mais utilizado é o acetoni-do de triancinolona — orobase, aplicado 2 a 3 vezes ao dia por até 7 dias); antissépticos locais (gluconato de clorexidina 0,12% para bochechos ou gel 1%, indicado para controle da microbiota oral); analgésicos tópicos (pode-se optar pelo uso de gel de lidocaína para promover uma analgesia local nas lesões, principalmente durante as refeições); e antibióticos locais. Em caso de lesões graves e persistentes, a terapia sistêmica está indicada (o tratamento mais utilizado é o uso de prednisona — corticoide), deve ser iniciado com 1mg/kg/dia e diminuída após uma ou duas semanas.
<b>Sangramento gengival</b>	Pode ser causado por inflamação das gengivas devido à má higiene bucal, e pode ser exacerbado pela trombocitopenia, comum em pessoas em cuidados paliativos.	A remoção mecânica profissional do biofilme supragengival e o controle dos fatores retentivos de placa, associados a instrução de higiene oral, são essenciais para o tratamento e controle, a longo prazo, do sangramento gengival induzido por biofilme.

Fonte: Barros, C., 2020. Caracterização das Afecções da Boca nos Doentes em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

## CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS

Em situações especiais, frequentemente encontradas na rotina da APS, é importante compartilhar o cuidado com a atenção focal especializada, quando indicado e desejado pelo usuário ou cuidadores. Isso assegura um manejo eficaz para melhorar a qualidade de vida, atendendo às necessidades individuais e aplicando abordagens especializadas.

### INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC)

- **Quando indicar cuidados paliativos:** pessoas em estágio avançado de IC (classe funcional NYHA III ou IV, tolerância aos esforços reduzida, apesar da terapêutica otimizada, com persistência dos sintomas nos últimos três meses).
- **Outras situações também indicam a necessidade de cuidados paliativos:** episódios recorrentes de descompensação em seis meses; ocorrência de arritmias malignas, apesar do tratamento; necessidade de terapias intravenosas frequentes ou contínuas; má qualidade de vida crônica; e internações recorrentes nos últimos 12 meses.
- **Sintomas comuns:** incluem dor, dispneia, tristeza, ansiedade, anorexia, constipação e insônia — recomenda-se desestimular tabagismo e etilismo, incentivar exercícios dentro das possibilidades e fornecer apoio multidisciplinar.
- **Quando encaminhar para especialista focal do nível secundário/terciário:** (1) quando há deterioração rápida da condição, apesar do tratamento otimizado na atenção primária; (2) na necessidade de avaliação para dispositivos cardíacos ou intervenções cirúrgicas; (3) para o manejo de complicações como arritmias graves.

### DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

- **Quando indicar cuidados paliativos:** estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/min); insuficiência renal complicando outras condições limitantes; decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.
- **Sintomas comuns:** fraqueza, fadiga, confusão mental, cefaleia, prurido, edema, hálito urêmico (“hálito de amônia”), náuseas, vômitos, câibras musculares anorexia, constipação, diarreia (Barros, A. R. P. *et al.*, 2022).

- **Quando encaminhar para especialista focal do nível secundário/terciário:** (1) estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/min) com piora clínica; (2) insuficiência renal complicando outras condições limitantes; (3) indicação de diálise; (4) complicações graves, como hipercalemia resistente, acidose metabólica severa, ou sobrecarga de volume não manejável na atenção primária; (5) avaliação para transplante renal (Barros, A. R. P. *et al.*, 2022).

**Diversos medicamentos necessitam de ajuste de dosagem de acordo com a função renal e devem ser ajustados individualmente em cada encontro. Cabe lembrar que na DRC os AINEs são contraindicados.**

## DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

- **Quando indicar cuidados paliativos:** pessoa com doença respiratória crônica grave, com falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações; pessoa com necessidade de oxigenoterapia por longo prazo e pessoa que já precisou de ventilação para insuficiência respiratória.
- **Sintomas comuns:** tosse, broncorreia, dispneia, fadiga, caquexia, hemoptise, dor física, insônia, ansiedade e depressão.
- **Quando encaminhar para especialista focal do nível secundário/terciário:** (1) aumento da dependência de cuidados; (2) dispneia em repouso; (3) dor refratária; (4) perda de peso; (5) fadiga; (6) sintomas limitando atividades diárias, mesmo com tratamento otimizado; (7) declínio cognitivo; (8) necessidade de oxigênio respiratório (Philip *et al.*, 2021).

**Os usuários devem ser encorajados a diminuir ou cessar o tabagismo, a fim de diminuir risco de novas exacerbações e impedir a progressão da doença.**

## DEMÊNCIA

- **Quando indicar cuidados paliativos:** nos quadros de demência avançada (quando a pessoa fica incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda; se houver redução da ingestão de alimentos e líquidos, bem como dificuldade na deglutição) (Brucki, 2022).

- **Sintomas comuns:** apresenta incontinência urinária e/ou fecal; fica incapaz de manter contato verbal; há pouca interação social; risco de queda aumentado; episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa; problemas com alimentação, como anorexia e disfagia; dor; dispneia; agitação psicomotora; úlceras por pressão; e perda de peso.
- **Quando encaminhar para especialista focal do nível secundário/ terciário:** (1) em casos de progressão rápida dos sintomas, particularmente quando há dificuldade significativa no manejo comportamental que não pode ser controlada na atenção primária; (2) para avaliação detalhada e manejo de complicações agudas ou comorbidades que impactam o curso da demência; (3) quando necessário suporte adicional para planejamento de cuidados de longo prazo e decisões avançadas de cuidado (Carvalho; Parsons, 2012).

O momento de discutir cuidado paliativo deve ser no diagnóstico, quando o usuário ainda tem sua autonomia preservada, para ter participação ativa no que se refere aos seus cuidados.

**ATENÇÃO! Um dos papéis do cuidador é estimular a independência da pessoa com demência. Para isso, ele deve gentilmente insistir que a pessoa execute as tarefas sozinha, oferecendo auxílio somente quando solicitado ou em situação de necessidade. A iluminação dos ambientes deve ser adequada, com uma luz, preferencialmente incandescente, suave ou de rodapé durante a noite, a fim de reduzir a incidência de quedas. Barras de segurança em corredores e no banheiro ajudam a manter a independência.**

## SÍNDROMES GENÉTICAS, NEUROLÓGICAS E ONCOLÓGICAS NA INFÂNCIA/ ADOLESCÊNCIA

- **Quando indicar cuidados paliativos:** crianças e adolescentes com síndromes genéticas e/ou neurológicas, limitadoras ou ameaçadoras de vida e crianças dependentes de tecnologia (CDT).
- **Sintomas comuns:** fadiga, estresse mental, agitação, mucosite (especialmente se em quimioterapia), espasticidade, distonia, convulsões.

- **Quando encaminhar para especialista focal do nível secundário/terciário:** (1) para confirmação diagnóstica, particularmente em casos onde testes genéticos ou avaliações especializadas são necessários; (2) no manejo de complicações específicas da doença que requerem intervenções especializadas, como cirurgias, quimioterapia ou tratamento de crises epiléticas refratárias; (3) quando há necessidade de uma abordagem multidisciplinar intensiva, incluindo suporte psicológico para a criança/adolescente e a família, fisioterapia especializada (Carvalho; Parsons, 2012).

## ABORDAGEM E MANEJO DE FERIDAS

Na fase final da vida, inicia-se um processo conhecido como falência da pele (*Skin Failure*), que ocorre principalmente nas últimas horas, quando a pele sofre mudanças devido à diminuição do fluxo sanguíneo e falta de oxigênio em áreas localizadas, podendo ocorrer em níveis teciduais, celulares ou moleculares.

Neste contexto, o corpo tende a priorizar o fornecimento de sangue para órgãos vitais, como o cérebro, coração e rins, o que resulta em uma redução na disponibilidade de oxigênio e na capacidade de utilizar nutrientes essenciais e outros fatores necessários para manter a função de proteção da pele, podendo levar à sua ruptura (Carvalho *et al.*, 2021 *apud* Camarão, 2012).

A pele sofre constante transformação, com mudanças decorrentes do tempo, sendo alteradas as funções fisiológicas e estruturais. Com isso, se faz necessário o constante cuidado com intuito de mantê-la hidratada e íntegra.

## LESÕES POR PRESSÃO (LPP): PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Pessoas com doenças avançadas, incluindo aquelas em cuidados paliativos, costumam apresentar lesões por pressão (LPP). As LPP são lesões localizadas na pele e/ou nos tecidos subjacentes, frequentemente sobre proeminências ósseas, resultado da pressão isolada ou combinada com forças de cisalhamento e/ou fricção. Os riscos aumentam quando adicionados aos fatores predisponentes intrínsecos da pessoa.

A presença de LPP causa diversos problemas físicos e emocionais à pessoa, pois são fonte de dor, desconforto e sofrimento. Além disso, aumentam o risco de desenvolvimento de outras complicações, influenciando na morbimortalidade da pessoa afetada. Consequentemente, constituem um sério problema de saúde, com várias implicações na vida dos familiares e da instituição onde o usuário se encontra, além de elevar consideravelmente os custos do tratamento.

As LPPs podem se desenvolver em até 24 horas ou levar até cinco dias para se manifestar, portanto, todos os profissionais de saúde responsáveis pela prevenção da lesão devem estar familiarizados com os principais fatores de risco, intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são edemas, estado nutricional, idade avançada, incontinência urinária e fecal, perfusão tecidual diminuída e patologias associadas, e os extrínsecos são a pressão direta sobre a região, cisalhamento, mobilidade prejudicada, umidade prolongada da pele e fricção.

As metas, sob o aspecto dos cuidados paliativos, são oferecer conforto e minimizar o impacto da ferida na qualidade de vida da pessoa, sem a intenção explícita de obter a cicatrização. Assim, é importante implementar intervenções de prevenção e tratamento de acordo com os desejos do indivíduo, considerando o seu estado de saúde geral. O foco do cuidado é direcionado para reduzir ou eliminar a dor, o odor, a infecção e promover uma qualidade de vida desejada pelo usuário e familiares.

## **CUIDADOS COM FERIDAS ONCOLÓGICAS**

O manejo de feridas oncológicas busca melhorar a qualidade de vida do usuário e requer abordagem multidisciplinar. As feridas oncológicas podem ter a sua gênese em um tumor primário, secundário ou por uma recidiva, elas podem surgir devido a cânceres de pele, mama, entre outros. As feridas oncológicas podem se apresentar como: lesões malignas ulcerativas; feridas vegetantes malignas ulceradas; e feridas vegetantes malignas ou fungoides (quando apresentam aspecto de couve-flor).

É importante o registro em prontuário mediante a classificação de acordo com o estadiamento, localização, formato, tamanho, profundidade, dor, odor de acordo com o grau, exsudato e tempo desde o aparecimento da lesão.

As orientações de tratamento não diferem daquelas preconizadas para outros usuários, no entanto, algumas particularidades devem ser avaliadas criteriosamente, priorizando as ações no atendimento. O objetivo do manejo das feridas oncológicas é proporcionar conforto, alívio da dor, odor e demais desconfortos, ou seja, a cicatrização e a alta nem sempre serão metas possíveis.

**ATENÇÃO! Qualquer úlcera não vasculogênica (arterial ou venosa) que não demonstre sinais de cicatrização após três meses de tratamento deve ser considerada como suspeita de lesão oncológica, sendo recomendado solicitar biópsias de pele ou da ferida (Senet *et al.*, 2012 *apud* Up To Date, 2021).**

Quadro 27. Estadiamento da ferida oncológica.

ESTADIAMENTO DA FERIDA	DESCRIÇÃO CLÍNICA DA FERIDA ONCOLÓGICA
<b>Estadiamento 1</b>	Usuário assintomático, porém apresenta nódulo visível e delimitado. Apresenta pele íntegra, com coloração vermelha ou violácea.
<b>Estadiamento 1N</b>	Usuário refere prurido ou dor ocasional. Apresenta ferida fechada ou com pequena abertura superficial, cujo orifício drena exsudato límpido, sem odor. Tecido avermelhado ou violáceo, ferida úmida ou seca.
<b>Estadiamento 2</b>	Usuário refere prurido ou dor ocasional. Apresenta ferida aberta, acometendo derme e epiderme, com intenso processo inflamatório ao redor da lesão. Podem ser identificadas ulcerações, muitas vezes, friáveis e sensíveis quando manipuladas. Exsudato em pouca quantidade ou ausente, com lesões úmidas ou secas.
<b>Estadiamento 3</b>	Usuário apresenta ferida espessa, com tecido subcutâneo envolvido. Lesão com as seguintes características: profundidade regular, bordas irregulares, friável, ulcerada ou vegetativa, pode apresentar esfacelo e tecido necrótico, exsudato. Tecido da ferida de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida frequentemente apresenta esfacelo.

ESTADIAMENTO DA FERIDA	DESCRIÇÃO CLÍNICA DA FERIDA ONCOLÓGICA
<b>Estadiamento 4</b>	Usuário refere dor. Apresenta ferida invadindo estruturas anatômicas mais profundas, algumas vezes não será visualizado o limite da ferida; exsudato abundante e odor fétido. Pele perilesional avermelhada ou violácea e leito com tecido desvitalizado.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2009.

Classificar e manejar o odor da ferida oncológica tem forte impacto na qualidade de vida e autoestima do usuário. Assim, avaliar e registrar o grau de odor da ferida possibilitará um manejo mais efetivo dessa característica nas próximas trocas de curativo.

Os graus de odor são os seguintes (BRASIL, 2009):

- **Odor grau I:** Sentido ao se abrir o curativo;
- **Odor grau II:** Sentido ao se aproximar do usuário, sem abrir o curativo;
- **Odor grau III:** Sentido no ambiente, fétido, forte e nauseante, sem abrir o curativo.

Após a avaliação do usuário, seu estado emocional, psicológico, social, grau de estadiamento e odor da ferida, será possível estabelecer o manejo das feridas, baseado no TIMES e nas suas características específicas.

A ferramenta TIMES é um acrônimo que confere mais uniformidade à avaliação e ao registro, tornando possível avaliar a pessoa de maneira ampliada, por meio dos critérios a seguir.

- **T** — tecido do leito da ferida;
- **I** — sinais de infecção;
- **M** — manejo do exsudato;
- **E** — especificações da borda da ferida;
- **S** — fatores sociais do usuário.

O manejo das feridas de gênese oncológica requer um olhar diferenciado. O quadro a seguir possui orientações quanto ao manejo mediante aos sintomas do usuário, características das feridas e região perilesional.

#### Quadro 28. Manejo de feridas oncológicas.

CARACTERÍSTICA	CAUSA	INTERVENÇÃO
<b>Dor</b>	Crescimento desordenado das células tumorais, exercendo pressão em estruturas adjacentes	Promover conforto; avaliar o nível de dor; considerar analgesia prévia por via oral, 30 minutos antes da realização do curativo; avaliar benefício e possibilidade de anestésico tópico (lidocaína 2%); escolher cobertura de acordo com o TIMES, preconizando coberturas atraumáticas e proteção da borda da ferida; avaliar necessidade de analgesia após a realização do curativo.
<b>Odor</b>	Colonização e infecção do tecido necrótico formado no leito da ferida	Avaliar a causa do odor fétido; avaliar uso de metronidazol sistêmico e tópico; escolher cobertura de acordo com o TIMES, avaliando o possível uso de carvão ativado.

CARACTERÍSTICA	CAUSA	INTERVENÇÃO
<b>Sangramento</b>	Desordem fisiológica e neovascularização desequilibrada, formando um tecido friável	Realizar compressão direta; usar alginato de cálcio em placa para hemostasia, caso seja necessário.
<b>Exsudato</b>	Relacionado ao processo inflamatório local	Avaliar necessidade de antibioticoterapia sistêmica (associar a metronidazol); escolher cobertura de acordo com o TIMES, priorizando curativos absorvíveis; aplicar óxido de zinco na área perilesional para proteger a pele do exsudato.
<b>Prurido</b>	Relacionado ao processo inflamatório local	Investigar a causa; atentar para sinais de infecção fúngica (hiperemia e manchas esbranquiçadas) — se o prurido estiver localizado na pele ao redor da ferida, pode-se aplicar dexametasona creme a 0,1%.
<b>Necrose</b>	Debilidade da estrutura vascular que causa áreas de hipóxia no tecido tumoral	Não realizar desbridamento cirúrgico ou instrumental devido ao risco de sangramento; recomendado o desbridamento autolítico e enzimático, porém a colagenase é contraindicada nesse tipo de lesão.

Fonte: Adaptado de GAMBA; PETRI; COSTA, 2016.

## GRUPOS ESPECIAIS

### CUIDADOS PALIATIVOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Existem particularidades da abordagem em cuidados paliativos na infância/adolescência que envolvem, além do sofrimento físico e emocional, uma reestruturação do cotidiano da criança/adolescente e sua família. Podem surgir inquietações sobre como lidar com os custos financeiros, com as ausências escolares ou ao trabalho e com os cuidados que outros filhos ou parentes também exigem.

#### PRINCÍPIOS NORTEADORES

Os princípios da Organização Mundial da Saúde para cuidado paliativo apropriado para crianças/adolescentes e seus familiares estão descritos a seguir.

##### **Princípios dos Cuidados Paliativos em Pediatria (SBP, 2021):**

1. Os cuidados paliativos devem ser dirigidos à criança ou adolescente, orientados para a família e baseados na parceria.
2. Devem ser dirigidos para alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida.
3. São elegíveis todas as crianças ou adolescentes que sofram de condições crônicas graves que ameacem a continuidade da vida.
4. Devem ser adequados à criança/adolescente e/ou à sua família de forma integrada.
5. Ter uma proposta terapêutica curativa não se contrapõe à introdução de cuidados paliativos.
6. Os cuidados paliativos não se destinam a abreviar a etapa final de vida.
7. Podem ser coordenados em qualquer local (hospital, domicílio etc.).
8. Devem ser consistentes com crenças e valores da criança/adolescente e de seus familiares.
9. A abordagem por grupo multidisciplinar é encorajada.

10. A participação dos usuários e dos familiares nas tomadas de decisão é obrigatória.
11. A assistência ao usuário e à sua família deve estar disponível durante todo o tempo necessário.
12. Determinações expressas de “não ressuscitar” não são necessárias.
13. Não se faz necessário que a expectativa de sobrevida seja breve.

### **Etapas do Planejamento do Cuidado Paliativo Pediátrico:**

1. Entender a doença, o tratamento disponível e as possíveis limitações: saber com clareza o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico da criança acompanhada — esse é um passo que pode ser realizado em etapas, tanto entre profissionais como com a família;
2. Estabelecer objetivos, metas e intervenções a serem feitas: analisar em conjunto os objetivos do acompanhamento da criança por meio de propostas, permitindo autonomia da família e respeitando-a nas decisões;
3. Identificar necessidades particulares e antecipar eventos: determinar, com base na subjetividade de cada indivíduo, suas necessidades em cada estágio da condição ou do tratamento estabelecido, informando sobre possíveis eventos futuros e preparando-se para eles com antecedência, visando promover melhor cuidado.

## **MANEJO DO CÂNCER INFANTOJUVENIL**

No Brasil, o câncer infantojuvenil representa a primeira causa de morte por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos (BRASIL, 2022). É uma doença tempo-dependente em que o diagnóstico precoce e o tratamento rápido de qualidade são fundamentais para aumentar as chances de cura (American Cancer Society, 2019; BRASIL, 2018).

A maior parte dos sinais e sintomas que caracterizam sua apresentação clínica também podem ser encontrados em outras doenças frequentes e benignas na população pediátrica, por isso seu diagnóstico precoce torna-se um desafio multiprofissional, em que é importante lembrar que “só faz diagnóstico de câncer quem pensa nele” (American Cancer Society, 2019; BRASIL, 2017).

No município do Rio de Janeiro, o encaminhamento de usuários com suspeita de câncer na infância e adolescência era realizado por meio da plataforma “Unidos Pela Cura”. Contudo, considerando que os demais municípios do estado do Rio de Janeiro utilizam o Sistema Estadual de Regulação (SER) para a regulação de vagas, e diante da atual disponibilidade de vagas em oncologia pediátrica que permite agendamentos em curto prazo, desde janeiro de 2023, a regulação dos casos confirmados ou suspeitos de câncer infantojuvenil passou a ser feita exclusivamente pelo SER em todo o estado, incluindo o município do Rio de Janeiro.

Desta forma, cabe à equipe da unidade de Atenção Primária (UAP):

- Avaliar os casos suspeitos, realizando exame físico minucioso e escuta qualificada;
- Solicitar exames de sangue/imagem conforme a especificidade de cada caso (os resultados dos exames não são necessários para inserção no SER);
- Inserir no SER encaminhamento médico, com descrição detalhada do caso suspeito e exames realizados;
- Estar atenta ao agendamento e avisar a família da data e local da consulta;
- Manter o acompanhamento do caso;
- Estar permanentemente atualizada, realizando as qualificações disponibilizadas acerca do tema.

Cabe à Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP):

- Acompanhar e monitorar os casos suspeitos de câncer infantojuvenil;
- Acompanhar e monitorar o seguimento dos casos confirmados;
- Acompanhar o SER, para monitoramento dos dados;
- Estabelecer fluxo para monitoramento dos casos junto às UAP;
- Apoiar as UAP nas possíveis dúvidas e dificuldades;
- Estimular e liberar os profissionais para a realização de cursos e capacitações acerca do tema.

Apesar da baixa incidência e prevalência de casos de neoplasia maligna em crianças ou adolescentes na Atenção Primária, é de fundamental importância priorizar o treinamento de profissionais da Estratégia Saúde da Família para aumentar a suspeição e o diagnóstico precoce do câncer, pois são eles os primeiros profissionais procurados pela família em consultas de rotina ou quando a criança/adolescente apresenta algum problema de saúde. Como coordenadores do cuidado, tais profissionais configuram-se como aliados no enfrentamento da doença, participando em todas as etapas: diagnóstico, encaminhamento e tratamento oncológico, acompanhamento dos usuários curados e daqueles que necessitam de cuidados paliativos.

## **TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS**

### **HIPODERMÓCLISE: TÉCNICA, INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES**

A hipodermóclise, técnica de infusão subcutânea para administração de fluidos e medicamentos, destaca-se por sua simplicidade e eficiência, podendo ser realizada nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS). Essa abordagem oferece uma alternativa prática ao acesso intravenoso, especialmente em pessoas frágeis ou em cuidados paliativos, em que o foco está no conforto, no manejo de sintomas e na humanização do cuidado.

Introduzida no início do século 20, essa técnica é amplamente reconhecida por sua segurança e eficácia na hidratação e no alívio de sintomas. Além disso, permite sua aplicação tanto em ambientes domiciliares como ambulatoriais, proporcionando maior autonomia para o usuário e sua família.

Na APS, a hipodermóclise é uma ferramenta essencial para atender pessoas com condições crônicas ou que necessitam de cuidados paliativos, promovendo um manejo mais humanizado e acessível.

## INDICAÇÕES

- Hidratação em pessoas com dificuldade para ingerir líquidos ou em casos de desidratação leve a moderada;
- Administração de medicamentos como opioides, antieméticos e sedativos, especialmente em cuidados paliativos;
- Alternativa em situações em que o acesso venoso é difícil ou contraindicado.

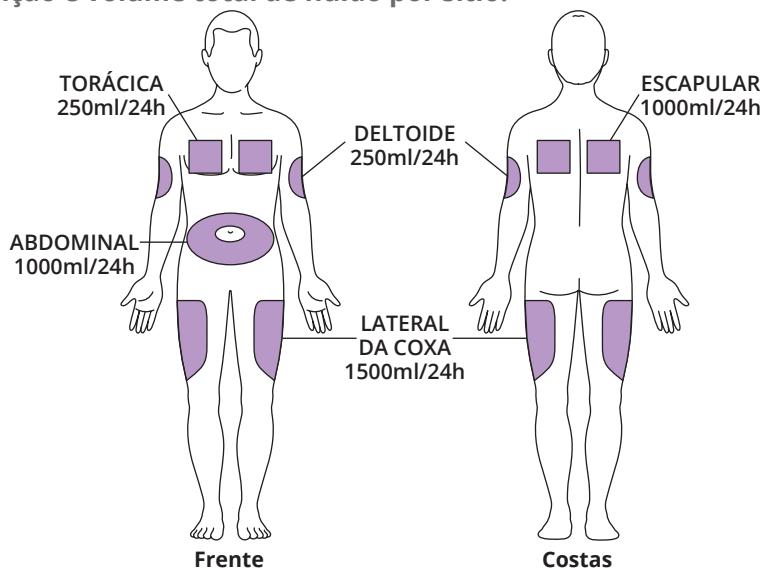
## CONTRAINDICAÇÕES

- Presença de edema generalizado (anasarca);
- Inflamação severa no local de aplicação;
- Pessoas com coagulopatias graves ou que fazem uso de anticoagulantes em altas doses;
- Locais com infecção ativa ou lesões cutâneas.

## SÍTIOS DE PUNÇÃO

Existem diversas opções para a realização da punção. As principais regiões são: deltoide; anterior do tórax; escapular; abdominal; e face lateral da coxa. Para cada área há um volume total de fluido permitido para ser administrado em 24 horas, conforme demonstrado na Figura 8.

**Figura 8. Sítios de punção e volume total de fluido por sítio.**



Fonte: GODINHO, N. C.; SILVEIRA, L. V. A. Manual de Hipodermóclise. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu — HCFMB, 2017.

## MATERIAIS NECESSÁRIOS

Para realizar a hipodermóclise de forma segura, é essencial utilizar os seguintes materiais:

- Agulha, ou cateter subcutâneo de pequeno calibre (*butterfly gauge* 23 a 25), ou jelco calibre 20 (canhão rosa) ou 22 (canhão azul);

- Soluções prescritas, como soro fisiológico 0,9% ou glicose 5%;
- Equipos de infusão gravitacional;
- Antisséptico (preferencialmente clorexidina alcoólica a 0,5%);
- Luvas de procedimento;
- Curativos estéreis e fita adesiva hipoalergênica.

## TÉCNICA DE REALIZAÇÃO

**Quadro 29. Etapas da realização da técnica de hipodermóclise.**

FASE	AÇÃO	DETALHES
PREPARAÇÃO	Higienização	Realize a lavagem adequada das mãos e utilize luvas de procedimento.
	Seleção do local	Escolha áreas ricas em tecido subcutâneo, como abdômen, flancos, coxas ou braços, evitando locais com edema ou sinais de infecção.
	Antissepsia	Aplique o antisséptico no local escolhido e aguarde a secagem completa, para prevenir infecções.
INSERÇÃO	Introdução	Insira a agulha ou cateter em ângulo de 45° a 90°, ajustando conforme a espessura do tecido subcutâneo, em direção centrípeta com o bisel para cima.
	Confirmação	Certifique-se de que não há retorno sanguíneo, confirmando a posição correta no tecido subcutâneo.
	Fixação	Fixe o dispositivo com fita adesiva ou curativo estéril, para garantir estabilidade; identificar o procedimento e datar.

FASE	AÇÃO	DETALHES
ADMINISTRAÇÃO	<b>Conexão</b>	Conecte o equipo de infusão à solução prescrita, ajustando o fluxo de acordo com a orientação médica.
	<b>Limitação</b>	Limite o volume diário a até 1500 litros por sítio de infusão, para evitar sobrecarga tecidual (Figura 8)
	<b>Monitoramento</b>	Observe sinais de desconforto ou reações adversas durante todo o procedimento.

Fonte: Elaboração própria.

## MONITORAMENTO

- **Inspecção:** Avalie regularmente o local da infusão para sinais de inflamação ou infecção. Caso observe eritema, dor ou extravasamento de fluidos, substitua o sítio imediatamente.
- **Rodízio de sítios:** Alterne os locais de inserção a cada 72 horas ou antes, caso necessário.

**ATENÇÃO! Explique como identificar sinais de alerta, como febre, inchaço ou desconforto, e oriente sobre a necessidade de buscar assistência médica quando necessário.**

## COMPLICAÇÕES E MANEJO

Quadro 30. Complicações e manejo da técnica de hipodermóclise.

COMPLICAÇÃO	MANEJO
Eritema ou dor	Suspenda a infusão e substitua o local de inserção.

COMPLICAÇÃO	MANEJO
<b>Extravasamento</b>	Reavalie o fluxo e a fixação do cateter, ajustando, se necessário.
<b>Infecção</b>	Interrompa o uso do sítio afetado e, se indicado, inicie o tratamento antimicrobiano.

Fonte: Elaboração própria.

A hipodermóclise é uma técnica eficiente e acessível, especialmente valiosa na APS. Sua implementação promove um cuidado centrado na pessoa, garantindo conforto, segurança e maior autonomia, aspectos essenciais no cuidado de populações vulneráveis.

## MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA HIPODERMÓCLISE

Os medicamentos indicados para essa via de administração são as medicações hidrossolúveis e com pH próximo à neutralidade (7,38–7,45) (Anexo 7). Entretanto, medicações com pH mais ácido podem ser administradas pela via subcutânea, desde que sejam administradas de forma lenta, como o haloperidol, a metoclopramida e a ondansetrona.

As medicações contraindicadas para a hipodermóclise são as medicações lipossolúveis, pois podem gerar lesões teciduais, e medicações com pH menor que 2 ou maior que 11, pois podem causar irritação no local e precipitação, como é o caso do diazepam, fenitoína, eletrólitos sem diluição, solução de glicose com concentração superior a 5%, entre outros.

Segundo Azevedo, a recomendação da velocidade de infusão varia entre 60 e 125ml/h (Brasil, 2009; Palacios, 2009). Contudo, em pessoas com tecido adiposo menos flexível, pode-se chegar a velocidade de infusão de 1ml/min, para uma absorção mais efetiva (Walsh, 2005).

**ATENÇÃO! Algumas medicações quando administradas na mesma via interagem modificando suas características, causando precipitação e/ou alteração da sua eficácia (Anexo 8). Nesses casos, as medicações devem ser administradas em sítios diferentes e distantes.**

## **CUIDADOS COM DISPOSITIVOS DE SAÚDE**

### **MANEJO DE OSTOMIAS: ORIENTAÇÕES PRÁTICAS**

Pessoa com estomia é aquela que, em decorrência de um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), possui uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo (BRASIL, 2009).

Usuários sob cuidados paliativos podem necessitar da confecção de ostomias devido a repercussões, complicações e agravos advindos de neoplasias, cirurgias, traumas e doenças crônicas.

### **ESTOMIAS RESPIRATÓRIAS: CUIDADOS ESSENCIAIS**

- A fim de evitar contato direto da cânula de traqueostomia com a pele, deve-se utilizar uma gaze, podendo auxiliar na prevenção de lesões tegumentares. É importante ter atenção e realizar a troca da gaze sempre que houver sujidade ou umidade.
- Manter a pele do pescoço higienizada, principalmente a região que fica em contato com o cadarço de fixação. Utilizar água e sabão para limpar a pele, e realizar a troca do fixador nesse momento.
- A aspiração de secreções precisa ser realizada com os dispositivos corretos, mantendo a atenção para não introduzir mais do que 1cm do comprimento da cânula. O procedimento de aspiração é realizado de acordo com a quantidade de secreção ou quando houver ruído excessivo ou sinal de desconforto respiratório. Atentar ao tempo de aspiração, para evitar hipóxia e reflexos vagais.
- Observar a presença ou alteração da coloração da secreção pulmonar e odor fétido.
- O posicionamento da cânula de traqueostomia e as condições da pele abaixo da cânula precisam ser verificados diariamente.
- Seguir os critérios clínicos para a troca da cânula.

## ESTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO: ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

- Para proteger a pele ao redor do estoma, principalmente devido à presença de secreções, o curativo com gaze pode ser necessário.
- Verificar se há presença de secreção periestoma ou se ocorreu extravasamento de dieta pelo óstio da estomia. Caso isso ocorra, se faz necessário suspender imediatamente a infusão da dieta e verificar se houve complicações, como exteriorização por tracionamento ou rompimento do balonete. Caso haja dúvidas, acionar a equipe de apoio.
- Avaliar a inserção da sonda de estomia diariamente, acompanhando o número demarcado na extensão, e observar a posição do anteparo externo, assegurando que este não faça pressão na pele ou que a sonda não tenha rotação livre.
- Utilizar uma fixação na extensão da sonda de estomia, a fim de evitar tracionamento acidental e perda do dispositivo.
- Manter a sonda sempre fechada enquanto não estiver em uso.
- Administrar a dieta enteral sempre com a cabeceira da cama elevada (acima de 45 graus) ou com a pessoa sentada e lentamente. Após o término, manter a cabeceira elevada. Utilizar equipo específico para terapia nutricional enteral, controlando o gotejamento rigorosamente.
- Lavar a sonda de estomia com 20ml a 40ml de água filtrada, fervida ou água mineral antes e após a administração de dietas e/ou entre as medicações.
- Diluir bem as medicações antes de administrar. Quando possível, utilizar medicamentos na apresentação líquida ou fórmula magistral.
- Considerar volumes a partir de 100ml para a diluição de medicamentos com apresentação em pó.
- Evitar substituir as sondas de estomia por dispositivos não adequados para terapia nutricional enteral, como sondas urinárias ou sistemas de drenagens gástricas, a fim de prevenir o risco de conexão acidental.
- Em caso de náuseas ou vômitos durante a alimentação, pausar a infusão da dieta enteral e observar as possíveis causas. Na melhora do quadro, reiniciar a infusão com velocidade reduzida. Não administrar a dieta rapidamente, pois pode causar náusea e vômito.

- Em caso de obstrução das sondas de gastrostomia, injetar lentamente 20ml de água filtrada, fervida ou água mineral. Caso não tenha êxito, contacte profissionais especializados.

## **ESTOMIAS DE ELIMINAÇÃO: ESTRATÉGIAS DE MANEJO**

- Realizar esvaziamento e limpeza da bolsa coletora sempre que necessário;
- Realizar troca do dispositivo coletor de acordo com critérios clínicos;
- Realizar limpeza e cuidados periestoma.

## **PICC LINE: MANUTENÇÃO E CUIDADOS**

O PICC (do inglês *Peripherally Inserted Central Catheter*) é um cateter venoso central de inserção periférica, ou seja, um dispositivo intravenoso inserido através de uma veia superficial ou profunda da extremidade e que progride até o terço distal da veia cava superior ou proximal da veia cava inferior — especialmente em neonatos (Di Santo *et al.*, 2017).

As vantagens de sua indicação estão relacionadas à redução do desconforto do usuário, evitando múltiplas punções venosas, e por proporcionar uma via de administração segura para infusão de soluções hiperosmolares (maior ou igual a 900 mOsm/l), nutrição parenteral, solução glicosada em concentração maior que 10%, aminas vasoativas, soluções irritantes ou vesicantes, antibioticoterapia ou infusão venosa por tempo superior a sete dias e quimioterápicos. Além disso, demonstra reduzido risco de infecção em comparação a outros cateteres vasculares e maior relação custo/benefício se comparado ao cateter venoso de inserção central (CVIC), haja vista o maior tempo de permanência e menor risco de contaminação, também por preservar o sistema venoso periférico e ser uma via de indicação de terapia domiciliar (Di Santo *et al.*, 2017).

Faz-se necessário observar os principais critérios do uso do PICC, que estão relacionados à necessidade de uma rede vascular íntegra e calibrosa, que possibilite a punção e a permanência do dispositivo, inclui a necessidade de treinamento específico do profissional para inserção e manutenção do cateter, monitorização rigorosa do dispositivo, e necessidade de radiografia para localização da ponta do cateter. A literatura evidencia que o dispositivo não é isento de

complicações, como trombose venosa profunda (TVP), tromboflebites, oclusão do cateter, pseudoaneurismas arteriais e infecções. No entanto, o emprego do PICC pode evitar a dissecação venosa e apresenta menor exposição do usuário à dor e complicações inerentes ao procedimento.

## **CUIDADOS NA INSERÇÃO E MANEJO DO PICC**

- A ponta do cateter deve estar posicionada no terço distal da veia cava superior (terceiro espaço intercostal) ou na veia cava inferior, no caso de inserção nos membros inferiores (crianças).
- Caso o óstio de inserção apresente sangramento, o curativo do PICC deverá ser realizado diariamente com gaze até o término do sangramento.
- Não é necessário trocar o PICC de rotina com objetivo de reduzir a infecção associada ao cateter. A indicação de troca está relacionada a sinais de infecção e devem ser analisadas caso a caso. É importante ressaltar que não se deve retirar o cateter apenas devido à febre — como sintoma isolado — nesses casos, usar o julgamento clínico para descartar a possibilidade de infecção em outros sítios.
- Não há estabelecido tempo máximo de permanência do cateter. Cabe à equipe profissional, mediante avaliação clínica, julgar a necessidade da retirada do cateter.

## **CUIDADOS PARA A MANUTENÇÃO DO CATETER**

- A manutenção com *flush* de 10ml de SF 0,9%, em adulto, após administração de nutrição parenteral (NPT), fluidos IV e medicamentos;
- Realizar heparinização a cada sete dias, se o cateter não estiver em uso;
- Observar possíveis complicações do sítio de inserção do PICC e realizar registro em prontuário;
- Atentar para refluxo sanguíneo no cateter e evitar testar o refluxo constantemente.
- Não infundir hemoderivados em cateteres menores que 3,8 French (Fr);

- Atentar para a incompatibilidade de soluções;
- Datar os equipos, para realizar troca a cada 96 horas, exceto a NPT, cuja troca deve ser realizada a cada 24 horas, ou a cada nova infusão;
- Utilizar seringas de 10ml para infusões e/ou *flush*, atentar para o risco de rompimento;
- Não desconectar o sistema desnecessariamente;
- Não tracionar e/ou dobrar o cateter;
- Não garrotear e/ou aferir pressão arterial no membro onde o cateter está inserido;
- Realizar troca do curativo com técnica asséptica, em caso de sujidades e/ou má aderência do curativo — manipular o sistema de infusão de forma asséptica, utilizando três fricções com álcool 70% nas conexões antes de abrir a linha de infusão.

## REFERÊNCIAS

AMBLÀS-NOVELLAS, Jordi *et al.* Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. **BMJ open**, v. 6, n. 9, p. e012340, 2016.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Childhood cancer: what are the differences between cancers in adults and children?** 2024. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/childhood-cancer.html>. Acesso em: 12 ago. 2025.

AZEVEDO, D. L. **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), 2016. 60p.

BAILE, Walter F *et al.* SPIKES — a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.

BARROS, Andreia Reis Pedreira de; BORGES, Sheila; LEMOS, Karine Cardoso. Doença renal crônica e cuidado paliativo: avaliação dos sintomas, estado nutricional, funcionalidade e percepção do tratamento dialítico. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 3, p. 16655-16680, 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de fitoterápicos da farmacopeia brasileira**. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Anvisa, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/formulario-fitoterapico/2023-fffb2-1-er-2-atual-final-versao-com-capa-em-word-25-abr-2023.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Memento fitoterápico — Farmacopeia brasileira — 1ª edição**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 1. ed. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/formulario-fitoterapico/MementoFitoterapico1.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Câncer infantojuvenil**. Publicado em 04/06/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/infantojuvenil>. Acesso em: 11 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tratamento e controle de feridas tumorais e Úlceras por Pressão no câncer avançado**. Série Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. — Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temáticas. **Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temáticas. — Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. — Brasília: Ministério da Saúde, 2021 Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atencao\\_saude\\_pessoa\\_estomia.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_pessoa_estomia.pdf). Acesso em: 17 out. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, n.º 113, 2024.

BRASIL. Resolução n.º 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**, n. 225, 2018.

BRUCKI, Sonia Maria Dozzi *et al.* Manejo das demências em fase avançada: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 16, n. 3 suppl 1, p. 101-120, 2022.

BRUNO, Vanessa Galuppo. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. **Einstein (São Paulo)**, v. 13, p. 122-128, 2015.

CARVALHO, M. M. C. *et al.* **Guia prático para avaliação de lesões e alterações de pele em cuidados paliativos**. 3. ed. Belém, PA, 2021.

CARVALHO, Ricardo Tavares de *et al.* **Manual da residência de cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar** [2. ed.]. Santana de Parnaíba: Manole, 2022.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. Manual de cuidados paliativos ANCP. In: **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2012. p. 590-590.

CASTILHO, Rodrigo Kappel; PINTO, Cristhiane da Silva; SILVA, Vitor Carlos Santos da. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

D'ALESSANDRO, M. P. S.; PIRES, C. T.; FORTE, D. N. Coordenadores. **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2020.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista bioética**, v. 21, p. 463-476, 2013.

DAGLI, Ozgur; TASDEMIR, Eyyup; ULUTASDEMIR, Nilgun. Palliative care infections and antibiotic cost: a vicious circle. **The Aging Male**, v. 23, n. 2, p. 98-105, 2020.

DA SILVA, Janaina Aparecida; MARTINS, Eleine Aparecida Penha. Uso de acupuntura nos pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 16756-16766, 2021.

DA SILVA, Renan Lemos; DA SILVA, Natiane Pires; SIMONATO, Luciana Estevam. Cuidados odontológicos paliativos em pacientes terminais. **Unifunec Ciências da Saúde e Biológicas**, v. 4, n. 7, p. 1-6, 2021.

DE BARROS, Cláudia Gaspar Dias. **Caracterização das afeções da boca nos doentes em cuidados paliativos**. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto (Portugal).

DI SANTO, Marcelo Kalil *et al.* Cateteres venosos centrais de inserção periférica: alternativa ou primeira escolha em acesso vascular? **Jornal vascular brasileiro**, v. 16, p. 104-112, 2017.

DOS SANTOS, A. F.; FERREIRA, E. A.; GUIRRO, Ú. D. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. **São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 2020.

DOS SANTOS, Erika Cristiane Gomes; DA SILVA, Dulcielle de Nazaré Angelim; DAMASCENO, Charliana Aragão. A utilização dos óleos essenciais no tratamento de transtorno de ansiedade em crianças: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e34111729972-e34111729972, 2022.

DUNCAN, B. B. et al. (org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. 2 v.

FERREIRA, Gabriel Drumond; MENDONÇA, Gabriela Nóbrega. **Cuidados paliativos: guia de bolso**. São Paulo: ANCP, 2017.

FLORIANI, Ciro Augusto. Considerações bioéticas sobre os modelos de assistência no fim da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

GAMBA, Mônica Antar; PETRI, Valéria; COSTA, Mariana Takahashi Ferreira. Feridas: prevenção, causas e tratamento. In: **Feridas: prevenção, causas e tratamento**. 2016. p. 332-332.

GODINHO, N. C.; SILVEIRA, L. V. A. **Manual de hipodermóclise**. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Bocatú (HCFMB), 2017. e-book 30p. Disponível em: <https://hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2017/12/Manual-de-Hipoderm%C3%B3clise-HCFMB.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2024.

GONÇALVES, D. A. *et al.* Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica. **Rio de Janeiro: CEPESC**, v. 45, 2009.

HAESLER, Emily (Ed.). **Prevenção e tratamento de lesões/úlceras por pressão: guia de consulta rápida**. EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019.

HC-UFTM, EBSEH. Ministério da Educação. **Protocolo: Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) Neonatal e Pediátrico: implantação, manutenção e remoção**. Serviço de Educação em Enfermagem e Comitê de Terapia Infusional. Uberaba, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufcm/documentos/protocolos-assistenciais/protocolo-nucleo-de-protocolos-assistenciais-multiprofissionais.pdf> Acesso em: 17 out. 2024.

HENNEMANN-KRAUSE, Lilian; FREITAS, Letícia A.; DAFLON, Priscila M. N. Cuidados paliativos e medicina de família e comunidade: conceitos e interseções. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 15, n. 3, p. 286-293, 2016.

HINES, S. *et al.* Aromatherapy for treatment of postoperative nausea and vomiting. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD007598.pub3.

HUGG — UNIRIO, EBSEH. Ministério da Educação. **Procedimento Operacional Padrão — cod: POP ENF 8.1: Cuidados na inserção e manutenção do cateter venoso central de inserção periférica (PICC) em adultos**. Protocolo de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/aceso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/comissao-de-prevencao-e-tratamento-de-feridas/pop-8-1\\_cuidados-na-insercao-e-manutencao-do-cateter-venoso-central-de-insercao-periferica-em-adultos.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/aceso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/comissao-de-prevencao-e-tratamento-de-feridas/pop-8-1_cuidados-na-insercao-e-manutencao-do-cateter-venoso-central-de-insercao-periferica-em-adultos.pdf). Acesso em: 17 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. 284 p. (Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Cuidados paliativos em oncologia: orientações para agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro:INCA, 2022a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA. **Protocolo clínico de cuidados paliativos em cardiologia**. Rio de Janeiro: INC, 2018.

INSTITUTO RONALD MCDONALD (ORG). **O diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil e a atenção básica: estratégias e desafios para aumentar as chances de cura**. 3ª edição — revista e ampliada, 2018.

K. D., Anderson; M., Downey. Foot Reflexology: an intervention for pain and nausea among inpatients with cancer. **Clinical journal of oncology nursing**, v. 25, n. 5, p. 539, 2021. DOI: 10.1188/21.CJON.539-545.

KOVÁCS, Maria Julia. Educação para a morte. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 25, p. 484-497, 2005.

LAU, Charlotte H. Y. *et al.* Acupuncture and related therapies for symptom management in palliative cancer care: systematic review and meta-analysis. **Medicine**, v. 95, n. 9, p. e2901, 2016.

LINO, Carolina Arcanjo *et al.* Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 01, p. 52-57, 2011.

LOPES-JÚNIOR, Luís Carlos *et al.* Efetividade de terapias complementares para o manejo de clusters de sintomas em cuidados paliativos em oncopediatria: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. 03709, 2021.

LUCCHETTI, Giancarlo *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 2, p. 154-8, 2010.

MACHADO, Juliana Costa *et al.* O fenômeno da conspiração do silêncio em pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 36, p. 92-103, 2019.

MEDEIROS, Thacid Kaderah Costa; DE CASTRO, Paulo Fernando Ribeiro; DE MACÊDO VIEIRA, Ana Cláudia. Plantas medicinais com potencial aplicação em cuidados paliativos oncológicos. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e211111637856-e211111637856, 2022.

MEHTA, Anita; CHAN, Lisa S. Understanding of the concept of “total pain”: a prerequisite for pain control. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 26-32, January/February 2008.

MESSIAS, A. A. *et al.* Manual de cuidados paliativos/Coord. Maria Perez Soares D’Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte [*et al.*]. **São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020.**

MOREIRA, Alan Leite *et al.* Efeito da aromaterapia por inalação sobre a ansiedade em adultos: uma revisão sistemática. **Revista Neurociências**, v. 30, p. 1-22, 2022.

NHS LOTHIAN. **SPICT-BR**. The University of Edinburgh [online]. Escócia; 2016 Abril. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>. Acesso em: 13 dez. 2024.

OLIVA, Almir; MIRANDA, Alexandre Franco. Cuidados paliativos e odontogeriatrics: breve comunicação. **Revista Longeviver**, n. 44, 2015.

OLIVEIRA, Ellen Pierre de; MEDEIROS JUNIOR, Pedro. Cuidados paliativos em pneumologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, p. e20190280, 2020.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 120-126.

PARAIZO-HORVATH, Camila Maria Silva *et al.* Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 09, p. 3547-3557, 2022.

PARKES, C. M. **Luto: estudo sobre a perda na vida adulta**. 3ª edição. São Paulo: Summus Editorial; 1998.

PHILIP, Jennifer *et al.* Referral criteria to palliative care for patients with respiratory disease: a systematic review. **European Respiratory Journal**, v. 58, n. 4, 2021.

SAAD, Glaucia de Azevedo; LÉDA, Paulo Henrique de Oliveira; SÁ, Ivone Manzali de; SEIXLACK, Antonio Carlos de Carvalho. **Fitoterapia contemporânea: tradição e ciência na prática clínica**. 2016.

RANGEL, Odilea; TELLES, Carlos. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 2, 2012.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Guia Rápido — Assistência ao Óbito**. 2024. Disponível em: [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro\\_GuiaRapido-AssistenciaAoObito\\_PDFDigital\\_20240429.pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_GuiaRapido-AssistenciaAoObito_PDFDigital_20240429.pdf). Acesso em: 13 dez. 2024.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral. **Protocolo de Regulação Ambulatorial — Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI)**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. -- (Série Especialidades). Disponível em: <https://web2.smsrio.org/subgeral/#!/profissional/materiaisTecnicos/protocolosRegulacao>. Acesso em: 11 jul. 2025.

SENET, Patricia *et al.* Malignancy and chronic leg ulcers: the value of systematic wound biopsies: a prospective, multicenter, cross-sectional study. **Archives of dermatology**, v. 148, n. 6, p. 704-708, 2012.

SILVA, M. L. S. R. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 45-53, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Cuidados paliativos pediátricos: o que são e qual sua importância. **Cuidando da criança em todos os momentos**, 2021.

VALENZUELA SANTANA, Gabriel Gustavo. **Cuidados odontológicos paliativos em pacientes terminais**. 2020. 17 f. Monografia (Graduação em Odontologia) — Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC, Gama-DF, 2020.

VOLPON, Leila Costa *et al.* **Cartilha sobre cuidados paliativos pediátricos para familiares e pacientes** [recurso eletrônico]. Comitê de Pediatria em Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). São Paulo, SP, 2021.

WIERMANN, Evanius Garcia *et al.* Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica Vol**, v. 10, n. 38, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]**. World Health Organization, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. **World Health Organization**, 1996.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. Global atlas of palliative care. **London: Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance**, 2020.

## ANEXOS

### ANEXO 1. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON — EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM (ESAS)



#### ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS Escala de Edmonton Adaptada (EASE)

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DADOS PESSOAIS	
Nome social:	Idade:
Nome civil:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Raça/cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amareta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado	

GRADUAÇÃO DE SINTOMAS										
Circule o número que melhor descreve a intensidade de cada sintoma neste momento. Também pode perguntar a média durante as últimas 24 horas.										
Sem dor = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Pior dor possível
Sem cansaço = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Pior cansaço possível
Sem náusea = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Pior náusea possível
Sem depressão = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Pior depressão possível
Sem ansiedade = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Pior ansiedade possível
Sem sonolência = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Pior sonolência possível
Muito bom apetite = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Pior apetite possível
Sem falta de ar = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Pior falta de ar possível
Sensação de bem-estar = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Mal-estar geral
Outro problema = 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonte: Adaptado do Manual de Cuidados Paliativos ANCP.

Arte: Ascom/SMS-Rio • Atualizado em fevereiro de 2024

**ANEXO 2. ESCALA DE PERFORMANCE — *KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS (KPS)***

<b>KPS</b>	<b>DESCRIÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL</b>
<b>100%</b>	Normal; sem queixas ou evidência da doença.
<b>90%</b>	Realiza suas atividades normalmente; pequenos sinais e sintomas da doença.
<b>80%</b>	Atividade normal com esforço; alguns sinais ou sintomas de doença.
<b>70%</b>	Apto para autocuidado, mas incapaz para atividades habituais ou exercer trabalho ativo.
<b>60%</b>	Necessita de assistência ocasional, mas capaz de cuidar da maioria das necessidades pessoais.
<b>50%</b>	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes.
<b>40%</b>	Incapacitado; necessita de cuidados médicos especiais.
<b>30%</b>	Extremamente incapacitado; necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte.
<b>20%</b>	Muito doente; necessita de hospitalização e cuidados proporcionais.
<b>10%</b>	Moribundo; morte iminente.
<b>0%</b>	Morte.

Fonte: Carvalho; Parsons, 2012.

### ANEXO 3. ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA — *PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)*

PPS	DEAMBULAÇÃO	ATIVIDADE E EVIDÊNCIA DA DOENÇA	AUTOCUIDADO	INGESTA	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
<b>PPS 100%</b>	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
<b>PPS 90%</b>	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
<b>PPS 80%</b>	Completa	Atividade normal com algum esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
<b>PPS 70%</b>	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
<b>PPS 60%</b>	Reduzida	Incapaz para <i>hobbies</i> /trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
<b>PPS 50%</b>	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapaz para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
<b>PPS 40%</b>	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão

<b>PPS</b>	<b>DEAMBULAÇÃO</b>	<b>ATIVIDADE E EVIDÊNCIA DA DOENÇA</b>	<b>AUTOCUIDADO</b>	<b>INGESTA</b>	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</b>
<b>PPS 30%</b>	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
<b>PPS 20%</b>	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência, +/- confusão
<b>PPS 10%</b>	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Ausente/ apenas cuidados com cavidade oral	Sonolência ou coma, +/- confusão
<b>PPS 0%</b>	Morte	—	—	—	—

Fonte: Carvalho; Parsons, 2012.

## ANEXO 4. ESCALA ZARIT REDUZIDA



### AVALIAÇÃO DE SOBRECARGA POR CUIDADORES Escala Zarit reduzida

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DADOS PESSOAIS	
Nome social:	Idade:
Nome civil:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Raça/cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado	

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente, já não tem tempo suficiente para você mesmo? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (p.ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar). (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença do seu familiar/doente se manifestou? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/doente? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
<b>Avaliação da sobrecarga:</b> Leve = até 14 pontos // Moderada = 15 a 21 pontos // Grave = acima de 22 pontos

Fonte: Adaptado do Manual de Cuidados Paliativos ANCP.

Arte: Ascom/SMS-Rio • Atualizado em fevereiro de 2024

## ANEXO 5. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE NO CUIDADO PALIATIVO PEDIÁTRICO (ESCORE DE LANSKY)

ESCORE	AVALIAÇÃO DE PERFORMANCE
100	Totalmente ativo, normal.
90	Pequena restrição, com atividade física extenuante.
80	Ativo, mas cansa rapidamente.
70	Maior restrição nas atividades recreativas e menor tempo gasto nessas atividades.
60	Levanta-se e anda, mas brinca ativamente o mínimo; brinca em repouso.
50	Veste-se, mas permanece deitada a maior parte do tempo; sem brincar ativamente, mas é capaz de participar em todas as atividades e jogos em repouso.
40	Maior parte do tempo na cama; brinca em repouso.
30	Na cama; necessita de auxílio mesmo para brincar em repouso.
20	Frequentemente dormindo; o brincar está totalmente restrito a jogos muito passivos.
10	Não brinca; não sai da cama.
0	Não responsivo.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Cuidados paliativos pediátricos: o que são e qual sua importância. Cuidando da criança em todos os momentos, 2021.

## ANEXO 6. FAST — *FUNCTIONAL ASSESSMENTS STAGES*

ESTÁGIO (FAST)	CARACTERÍSTICAS
1	Sem dificuldades objetivas ou subjetivas.
2	Queixa subjetiva para onde se encontram objetos; dificuldades subjetivas no trabalho.
3	Dificuldades observadas por colegas no trabalho; dificuldades para ir a locais menos conhecidos; diminuição na capacidade de organização.
4	Dificuldades em tarefas complexas (p.ex.: cuidar das finanças, planejar um jantar ou preparar uma refeição mais elaborada, fazer compras).
5	Requer auxílio na escolha do traje adequado.
6a	Requer auxílio para vestir-se
6b	Requer auxílio para tomar banho adequadamente.
6c	Requer auxílio com as atividades mecânicas da toalete (p.ex.: puxar a descarga, enxugar-se).
6d	Incontinência urinária
6e	Incontinência fecal
7a	Fala restrita a cerca de meia dúzia de palavras inteligíveis ou menos por dia ou durante uma entrevista.
7b	Habilidade de fala restrita a, aproximadamente, uma única palavra inteligível num dia ou no curso de uma entrevista.
7c	Perda da capacidade de andar sem assistência.

ESTÁGIO (FAST)	CARACTERÍSTICAS
<b>7d</b>	Perda da capacidade de sentar-se sem auxílio.
<b>7e</b>	Perda da capacidade de sorrir.
<b>7f</b>	Perda da capacidade de manter a cabeça ereta de forma independente.

Fonte: Manejo das demências em fase avançada: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia — <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S107PT>.

## ANEXO 7. PRINCIPAIS MEDICAÇÕES E SOLUÇÕES ADMINISTRADAS POR HIPODERMÓCLISE NA APS

NOME	DOSE	DILUIÇÃO	COMENTÁRIOS
<b>Dexametasona</b>	2-16mg a cada 24 horas	Diluir 1 ampola de dexametasona 1ml em SF 0,9% 1ml ou diluir 1 ampola de dexametasona 2,5ml em SF 0,9% 2,5ml	Aplicação lenta; administração 1 ou 2 vezes ao dia, pela manhã; sítio exclusivo devido a incompatibilidade com outros medicamentos e risco de irritação local.
<b>Diclofenaco</b>	75-150mg em 24 horas	SF 0,9% 30ml	Pode causar irritação local.
<b>Dipirona</b>	1-2g até 6/6h	SF 0,9% 2ml	Aplicação lenta em bolus.

NOME	DOSE	DILUIÇÃO	COMENTÁRIOS
<b>Escopolamina</b>	20mg 8/8h até 60mg 6/6h	SF 0,9% 1ml (bolus)	Infusão em bolus ou contínua; não confundir com a apresentação combinada com dipirona.
<b>Fenobarbital</b>	100-600mg/24h	SF 0,9% 100ml	Tempo de infusão: 40 minutos; pode causar dor e irritação local; se necessário, infundir mais lentamente; sítio exclusivo.
<b>Furosemida</b>	20-140mg/24h	SF 0,9% 2ml (bolus) ou volumes maiores (infusão contínua)	—
<b>Haloperidol</b>	0,5-30mg/24h	SF 0,9% 5ml	Para idosos frágeis, começar com a menor dose possível; se a solução preparada tiver concentração de haloperidol $\geq$ 1 mg/ml, recomenda-se usar água destilada como diluente (risco de precipitação com SF 0,9%).
<b>Metoclopramida</b>	30-120mg/dia	SF 0,9% 2ml (bolus)	Pode causar irritação local.
<b>Morfina</b>	Dose inicial: 2-3mg 4/4h (bolus) ou 10-20mg/24h (infusão contínua)	Não requer diluição (bolus) SF 0,9% 100ml (infusão contínua)	Infusão em bolus ou contínua; não existe dose máxima; iniciar com a menor dose possível em pessoas idosas, frágeis ou com doença renal crônica; o intervalo entre as aplicações pode ser aumentado em usuários com insuficiência hepática ou renal.
<b>Omeprazol</b>	40mg 24/24h	SF 0,9% 100ml	Tempo de infusão: 4 horas; dose única diária; não mesclar com outros medicamentos.

NOME	DOSE	DILUIÇÃO	COMENTÁRIOS
<b>Ondansetrona</b>	8-32mg/24h	SF 0,9% 30ml	Tempo de infusão: 30 minutos.
<b>Tramadol</b>	100-600mg/24h	SF 0,9% 20ml (bolus) SF 0,9% 100ml (infusão contínua)	—
<b>Soro fisiológico 0,9%</b>	Máximo 1500ml/24h por sítio	—	SF 0,45% segue as mesmas recomendações; volume de infusão máximo de 62,5ml/h; a coxa é preferencial para volumes maiores.
<b>Soro glicofisiológico (2/3 SG 5% + 1/3 SF 0,9%)</b>	Máximo 1500ml/24h por sítio	—	Volume de infusão máximo de 62,5ml/h; a coxa é preferencial para volumes maiores.
<b>Soro glicosado 5%</b>	Máximo 1000ml/24h por sítio	—	Volume de infusão máximo de 62,5ml/h; a coxa é preferencial para volumes maiores.

Fonte: Adaptado de AZEVEDO, D. L. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos, 2016.

## ANEXO 8. HIPODERMÓCLISE — TABELA DE COMPATIBILIDADE DE MEDICAÇÃO

	Ampicilina	Atropina	Cefepima	Cefotaxima	Ceftriaxone	Ceftazidima	Cetorolaco	Clonazepam	Clorpromazina	Dexametasona	Famotidina	Fentanil	Fenobarbital	Furosemda	Granisetrona	Haloperidol	Hioscina	Insulina	Cetamina	Metadona	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotide	Ondansetrona	Ranitidina	Tramadol	
Ampicilina																												
Atropina																												
Cefepima																												
Cefotaxima																												
Ceftriaxone																												
Ceftazidima																												
Cetorolaco																												
Clonazepam																												
Clorpromazina																												
Dexametasona																												
Famotidina																												
Fentanil																												
Fenobarbital																												
Furosemda																												
Granisetrona																												
Haloperidol																												
Hioscina																												
Insulina																												
Cetamina																												
Metadona																												
Metoclopramida																												
Midazolam																												
Morfina																												
Octreotide																												
Ondansetrona																												
Ranitidina																												
Tramadol																												

Compatível

Não compatível

Não testado

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**  
**Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV)**  
Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8.º andar, Cidade Nova — Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110  
<https://saude.prefeitura.rio>



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

ISBN: 978-65-86417-62-3



Saúde

