

GUIA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Marita de Novais Costa Salles de Almeida
Ana Carolina Lima Barros
Fabiano Moreira da Silva
Bárbara Martins Mello de Oliveira



EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Marita de Novais Costa Salles de Almeida
Ana Carolina Lima Barros
Fabiano Moreira da Silva
Bárbara Martins Mello de Oliveira

Guia de Cuidados Paliativos

1ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

1ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Almeida, Marita de Novais Costa Salles de
A423G Guia de Cuidados Paliativos

/ Marita de Novais Costa Salles de Almeida. Ana Carolina Lima Barros. Fabiano Moreira da Silva.
Bárbara Martins Mello de Oliveira. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2024

257 f.: il

DOI: 10.37423/2024.edcl940

ISBN: 978-65-5367-492-9

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. cuidados-paliativos 2. humanização 3. terminalidade I. Almeida, Marita de Novais Costa Salles
de II. Barros, Ana Carolina Lima III. Silva, Fabiano Moreira da IV. Oliveira, Bárbara Martins Mello
de V. Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2024.edcl940>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

MSc Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Wesley Pacheco Calixto

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

MSc Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli
MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior
Dra. Suely Lopes de Azevedo
MSc Francisco Odecio Sales
MSc Ezequiel Martins Ferreira
MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio
MSc Carlos Eduardo De Oliveira Gontijo
MSc Rainei Rodrigues Jadejiski
Dr. Rodrigo Couto Santos
Dra. Milena Gaion Malosso
PHD Marcos Pereira Dos Santos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	8
CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL	
Rafael Fortes	
Izabela Carneiro Neves	
Júlia Silva Costa	
Sabrina Karoline Emanuelle de Lisboa Oliveira	
DOI 10.37423/240408916	
CAPÍTULO 2	18
CUIDADO PALIATIVO E ESPIRITUALIDADE	
Marita de Novais Costa Salles de Almeida	
Isabela Agustini Andrade	
Luíza Rocha Arêdes	
Vitória Taveira Cleveland	
DOI 10.37423/240408924	
CAPÍTULO 3	29
INDICAÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS	
Anna Lydia Mol Villela	
Marita de Novais Costa Salles de Almeida	
Juliana Cristina de Vasconcellos Benatti	
Gabriella Polastri Stiilpen Barbosa	
DOI 10.37423/240408925	
CAPÍTULO 4	42
PROMOVENDO QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS	
Felippe Hauck Mansur	
Juliana Silva Vidal Pereira	
Daniele Souza Teixeira	
DOI 10.37423/240408926	
CAPÍTULO 5	53
MANEJO DA DOR	
Giani Martins Garcia	
Carolina Morais Guimarães	
Débora Cristina Silva Martins	
Maurilio dos Santos Gama Júnior	
DOI 10.37423/240408927	

CAPÍTULO 6 65

DISPNEIA E TOSSE

Neimar Rodrigues Costa
Breno Santos da Mata
Larissa Dutra Lima
Rogério Oliveira Mendonça
DOI 10.37423/240408938

CAPÍTULO 7 75

FERIDAS

Sávio Francisco Ulhôa
Carla Siqueira Costa
Florisvaldo Mariano Filho
Giulia Souza Lemos
DOI 10.37423/240408939

CAPÍTULO 8 84

ATENÇÃO PRIMÁRIA E DOMICILIAR

Maria Luísa Franco de Salles
Betina Bonomo Recla
Mariana Almeida da Cruz
Sabrina Ferreira de Souza
DOI 10.37423/240408940

CAPÍTULO 9 93

PEDIATRIA

Catarina Amorim Baccharini Pires
Gabriela Vidal Leite
Ilanna Bárbara de Almeida Gomes
Jéssica Pereira Bahia
DOI 10.37423/240408941

CAPÍTULO 10 101

NEONATOLOGIA

Catarina Amorim Baccharini Pires
Ana Luiza Lamounier Ferreira
Daiany Piontkovsky Priori
Mellina Giacomini Rocha Salgado
DOI 10.37423/240408942

CAPÍTULO 11 112

GERIATRIA

Juliana Cristina de Vasconcellos Benatti

Marcos Vinícius Montuan Batista

Lindamar Santos Chaves

Lívia Maria Soares Flávio

DOI 10.37423/240408943

CAPÍTULO 12 124

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Caroline Kíssila Pereira Pascoal

Myllena Maciel Ribeiro

Mariana Soares Meireles

Tiago Barbosa Godinho

DOI 10.37423/240408944

CAPÍTULO 13 137

NEFROLOGIA

Danilo Ribeiro de Miranda

Brenda Sousa Matos

Graziele Mariano Fernandes

Melina Ferreira Brito

DOI 10.37423/240408945

CAPÍTULO 14 150

PSIQUIATRIA

Thiago Xavier Corrêa

Clara Vieira de Andrade Bomfim

André Luiz Vieira Bueno

Camila do Nascimento Ribeiro

DOI 10.37423/240408946

CAPÍTULO 15 162

PSIQUIATRIA PALIATIVA EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS

Daiane de Paula Barros

Letícia Vasconcelos Lovaglio

Lucas Duarte de Oliveira

Pâmela Stérfane Silvana de Oliveira Campos

DOI 10.37423/240408947

CAPÍTULO 16	175
REUMATOLOGIA	
Neimar Rodrigues Costa	
Breno Santos da Mata	
Rogério Oliveira Mendonça	
DOI 10.37423/240408948	
CAPÍTULO 17	185
ONCOLOGIA	
Marita de Novais Costa Salles de Almeida	
Ana Carolina Lima Barros	
Letícia Guimarães da Fonseca Dias	
Sara Amorim Gandra	
DOI 10.37423/240408949	
CAPÍTULO 18	197
CIRURGIA	
Felippe Hauck Mansur	
Ana Clara da Silva Lima	
Rhilary Gravatá Loubach Teixeira	
Thaynara Guimarães Martins	
DOI 10.37423/240408950	
CAPÍTULO 19	208
CIRURGIA ONCOLÓGICA	
Laís Correa Renhe Marcondes	
Bárbara Martins Mello de Oliveira	
Jéssica França Caetano Batista	
Victória Cristina Ferraz	
DOI 10.37423/240408951	
CAPÍTULO 20	219
POCUS EM CUIDADOS PALIATIVOS	
Fábio Araújo Gomes de Castro	
Hugo Henrique de Menezes Vieira	
Kaio Gomes de Freitas	
Maria Luíza Alves Guerra	
DOI 10.37423/240408952	

CAPÍTULO 21 231

FASES DO LUTO

Marita de Novais Costa Salles de Almeida

Daniel Ferreira Siqueira

Otávio Augusto Lage Alves

Winicius Marcena Andrade

DOI 10.37423/240408953

CAPÍTULO 22 241

ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA

Fabiano Moreira Silva

Ana Carolina Lima Barros

Juliana Gomes Lana

Bárbara Martins Mello de Oliveira

DOI 10.37423/240408954

CAPÍTULO 23 249

CUIDADOS EM FIM DE VIDA

Laís Corrêa Renhe Marcondes

Ana Laura Monteiro Horta Cardoso

Lorena Marques Costa

Luis Eduardo Sodré Jales Martins

DOI 10.37423/240408955

Capítulo 1



10.37423/240408916

CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

Rafael Fortes

Izabela Carneiro Neves

Júlia Silva Costa

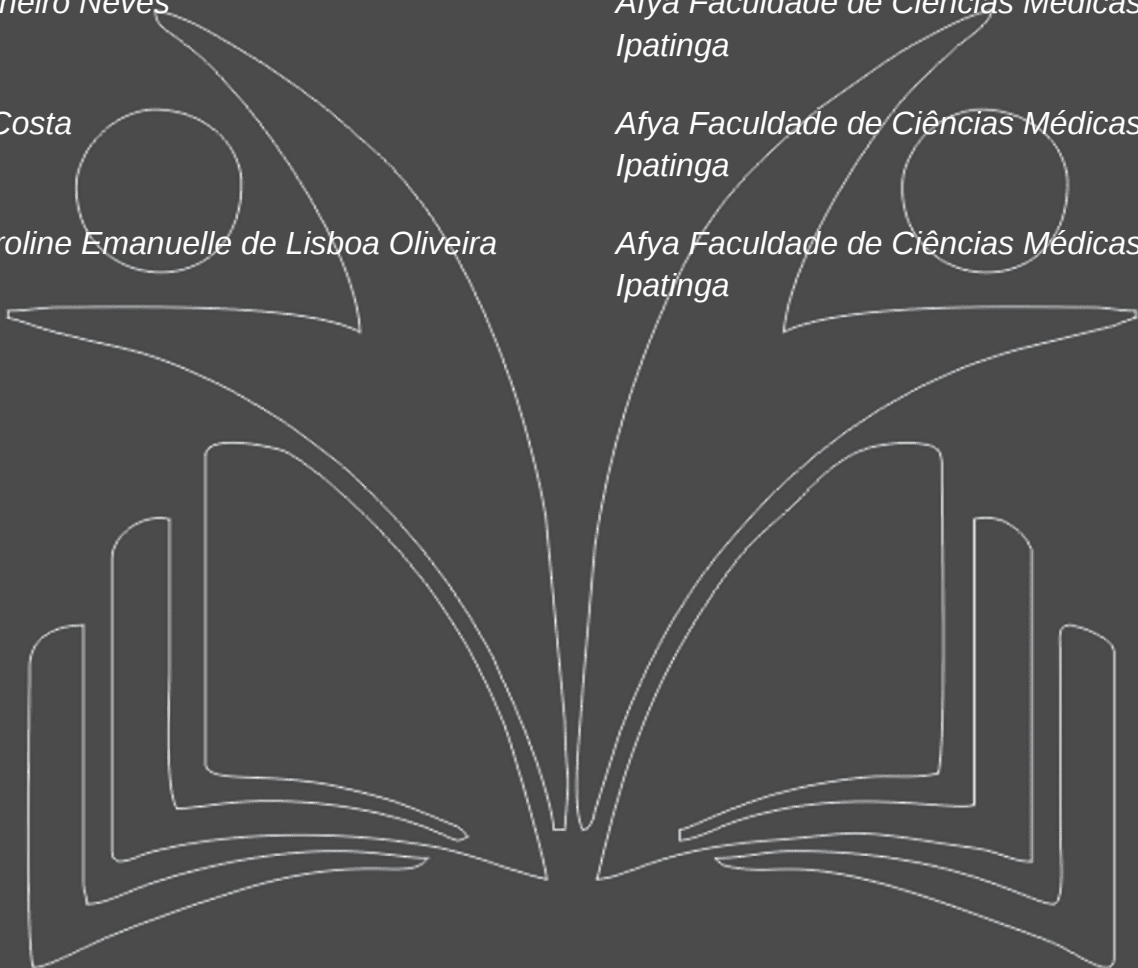
Sabrina Karoline Emanuelle de Lisboa Oliveira

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

Os cuidados paliativos têm um papel essencial na assistência à saúde do paciente, focando no alívio do sofrimento em todas as fases da doença e não apenas nos estágios finais da vida. Na década de 1950, Cicely introduziu essa nova forma de cuidado, que se espalhou pelo mundo e teve um impacto duradouro na medicina e no tratamento de pacientes com doenças graves e terminais. No Brasil, os cuidados paliativos começaram a ser implementados na década de 70 e ao longo dos anos foram estabelecidas portarias importantes para apoiar e fortalecer o desenvolvimento desses cuidados. Atualmente, o Brasil está intensificando seus esforços para expandir a disponibilidade dos cuidados paliativos em todo o país, adotando uma abordagem holística e centrada no paciente para o tratamento de condições médicas complexas.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos representam uma abordagem de cuidados de saúde embasada em conhecimentos técnicos e científicos e pautada em princípios éticos e filosóficos. Desempenham um papel fundamental na assistência à saúde do paciente, concentrando-se no alívio do sofrimento em todas as etapas da doença e não apenas nos estágios finais da vida (OKON e CHRISTENSEN, 2022).

Essa nova forma do cuidado foi introduzida nas décadas de 1950 e 1960, por Cicely, uma profissional inglesa com uma abordagem humanista que atuava como enfermeira, médica e assistente social. Como precursora desse novo método, ela desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento dos cuidados paliativos e na sua disseminação no Reino Unido, Canadá, Estados Unidos e Austrália (SANTOS LN, et al., 2023).

A abordagem de Cicely Saunders nos cuidados paliativos se baseia em quatro princípios fundamentais: alívio da dor e dos sintomas, apoio emocional e espiritual, comunicação aberta e apoio à tomada de decisões, e cuidados centrados no paciente. O controle da dor e dos sintomas é central, utilizando medicamentos e terapias apropriados para melhorar a qualidade de vida do paciente. Nos aspectos emocionais e espirituais, a ênfase é na orientação, apoio psicológico e assistência religiosa ou espiritual personalizada. A comunicação franca e transparente ajuda os pacientes a compreender sua situação e tomar decisões informadas. Além disso, os cuidados paliativos são altamente individualizados, adaptados às necessidades de cada paciente em colaboração com sua família, de modo a respeitar plenamente suas preferências e valores (SANTOS LN, et al., 2023).

O trabalho de Cicely Saunders teve um impacto duradouro na medicina e na abordagem de pacientes com doenças graves e terminais. Sua abordagem humanista se espalhou para além das fronteiras do Reino Unido, influenciando a prática médica em todo o mundo. A influência de Cicely Saunders é evidente em inúmeras instituições e equipes de saúde que buscam fornecer cuidados paliativos de qualidade em todo o mundo. Seu trabalho inspirou a criação de organizações e instituições de ensino dedicadas a essa área, e sua abordagem humanista continua a moldar a maneira como profissionais de saúde e cuidadores se aproximam dos pacientes em suas jornadas finais (SANTOS LN, et al., 2023).

A HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

No Brasil, a introdução dos cuidados paliativos teve seu começo nos anos 1970, com os primeiros serviços estabelecidos nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. Desde aquele

período, tal forma de cuidado tem avançado gradualmente no cenário de saúde do país (PAIVA CF, et al., 2022).

No ano de 1986, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), com a inspiração no movimento liderado por Cicely, deu início ao atendimento de pacientes com câncer avançado e sem opções de tratamento modificador da doença no antigo Hospital de Oncologia, que hoje é conhecido como Hospital do Câncer II, localizado no Rio de Janeiro. Esse atendimento foi realizado por meio do programa destinado aos pacientes sem possibilidades terapêuticas. Com o passar do tempo, esse programa expandiu suas atividades e, em 1998, o INCA inaugurou um novo prédio exclusivo para os cuidados paliativos, denominado Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (PAIVA CF, et al., 2022).

Nos anos seguintes, foram implementadas importantes portarias que tiveram como objetivo subsidiar e fortalecer o desenvolvimento dos cuidados paliativos, além de respaldar a atuação dos profissionais envolvidos nessa área. Já em 2005, foi criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), cujo objetivo é difundir as práticas desses cuidados e contribuir para o ensino, pesquisa e otimização dos cuidados, a qual foi um marco para as práticas da medicina. Além disso, a ANCP estabeleceu um canal de colaboração e troca de conhecimento entre os profissionais de saúde (SILVA RR e MASSI GA, 2022).

Dessa forma, o Brasil deu passos significativos na melhoria da qualidade de vida dos pacientes em estado terminal, fortalecendo a atuação dos profissionais de saúde nesse campo e promovendo uma abordagem mais humanizada e compassiva à medicina. Essas iniciativas continuam a moldar e aprimorar os cuidados paliativos no país, garantindo que aqueles que mais precisam recebam assistência de alta qualidade e dignidade em seus momentos mais difíceis (SANTOS AFJ, et al., 2020).

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATUALIDADE BRASILEIRA

Na atualidade brasileira, os cuidados paliativos emergem como um componente vital na promoção da qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas ou potencialmente fatais. O Brasil tem intensificado seus esforços para estender a disponibilidade dos cuidados paliativos por todo o território, adotando uma abordagem holística e centrada no paciente para o tratamento de condições médicas complexas. Essa evolução reflete o compromisso do país em proporcionar um suporte abrangente e compassivo aos pacientes e suas famílias (BRASIL, 2020).

Políticas públicas e organizações de saúde têm se esforçado para promover o acesso a cuidados paliativos em todo o país. Isso inclui a expansão de equipes multidisciplinares de cuidados paliativos, treinamento de profissionais de saúde e conscientização sobre a importância dos cuidados paliativos

para pacientes e suas famílias. Essas iniciativas visam garantir que os cuidados paliativos se tornem uma parte integral do sistema de saúde brasileiro (SANTOS AFJ, et al., 2020).

Conforme observado por Castro AA, et al.(2021), o crescimento dos cuidados paliativos no Brasil é notável, embora ocorra de forma gradual. A autora ressalta que universidades e instituições de ensino deveriam integrar disciplinas relacionadas aos cuidados paliativos em seus currículos de graduação e pós-graduação. No entanto, frequentemente, a formação nessa área se dá predominantemente na prática, o que pode dificultar a atuação das equipes de saúde. Muitos médicos ainda enfrentam receios ao abordar esse tema, temendo mal-entendidos ou sendo associados equivocadamente à eutanásia. Portanto, é crucial ampliar a discussão e a formação em cuidados paliativos, aprimorando a grade curricular dos cursos de graduação com disciplinas que abordem questões relacionadas à morte e ao atendimento compassivo. É igualmente importante conscientizar a população, que muitas vezes evita tratar desse assunto.

CUIDADOS PALIATIVOS E CUIDADOS CURATIVOS

Os cuidados paliativos podem ser usados em conjunto com os cuidados curativos para proporcionar um tratamento abrangente e centrado no paciente. A abordagem recomendada é uma integração mais eficaz e precoce dos cuidados paliativos em conjunto com os tratamentos ativos. Tal associação permite uma abordagem integral que vai além do simples tratamento da doença em si. Ela reconhece a complexidade da experiência de saúde, levando em consideração o impacto físico, emocional, social e espiritual que a doença pode ter no paciente. Assim, promove-se uma assistência mais completa, permitindo que o indivíduo desfrute da melhor qualidade de vida possível, mesmo quando a cura da doença não é mais uma opção viável; visa proporcionar alívio do sofrimento, apoio compassivo e uma atenção abrangente. Isso assegura que a jornada do paciente seja guiada pela dignidade e pela busca da máxima qualidade de vida (BRASIL, 2020).

Pacientes de todas as idades que enfrentam doenças crônicas ou potencialmente fatais podem se beneficiar dos cuidados paliativos. A necessidade de cuidados paliativos abrange todas as esferas de atendimento, incluindo atenção primária, atenção secundária e serviços especializados. Esses cuidados podem ser oferecidos de várias maneiras: como uma abordagem, por profissional de saúde que tenha recebido a devida formação e qualificação por meio de treinamento adequado; como cuidados paliativos gerais, fornecidos por profissionais de atenção primária e por aqueles que têm um sólido conhecimento básico de cuidados paliativos ao lidar com doenças potencialmente fatais; ou

ainda como cuidados paliativos especializados, entregues por equipes treinadas e especializadas nesse campo de assistência (BRASIL, 2020).

A abordagem recomendada, de acordo com as diretrizes de saúde do Brasil em 2020, é a integração eficaz e precoce dos cuidados paliativos em conjunto com os tratamentos curativos. Cabe ressaltar que os cuidados paliativos não se restringem apenas a pacientes terminais, mas podem beneficiar indivíduos de todas as idades que enfrentam doenças crônicas ou potencialmente fatais.

A conscientização e a implementação eficaz dos cuidados paliativos são cruciais, de modo a garantir que todos os pacientes com doenças graves recebam um atendimento holístico e compassivo. Isso não apenas melhora a qualidade de vida dos pacientes, mas também oferece apoio vital às suas famílias, que frequentemente enfrentam desafios emocionais e práticos ao lidar com doenças graves. Portanto, a promoção contínua e o investimento nesta área, são fundamentais para a melhoria da assistência médica e da qualidade de vida de tais indivíduos (SOUZA MCS, et al.,2021).

CUIDADOS PALIATIVOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Resolução nº 41 do Ministério da Saúde representou um avanço substancial na regulamentação dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Esta resolução estabelece diretrizes claras para a oferta de cuidados paliativos em todo o sistema de saúde, garantindo que pacientes com doenças graves, crônicas, progressivas ou terminais tenham acesso apropriado a esses cuidados, independentemente do nível de atendimento (BRASIL, 2019).

Uma característica fundamental desta deliberação é a ênfase no respeito às preferências do paciente. Isso significa que a pessoa doente tem o direito de expressar suas escolhas em relação aos cuidados e tratamentos médicos, e essas preferências devem ser consideradas e respeitadas. A resolução reconhece a importância dos cuidados paliativos em todos os contextos de atendimento, desde a atenção primária até os serviços de urgência e emergência. Isso reflete a necessidade de cuidados holísticos que abordem as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente (BRASIL, 2019).

Ao enfatizar o respeito à autonomia do paciente e suas preferências, a resolução coloca o indivíduo doente no centro das decisões sobre seus cuidados. Isso não apenas atende aos princípios éticos fundamentais da medicina, mas também proporciona ao paciente e seus familiares um senso de controle e dignidade em um momento muitas vezes desafiador. Além disso, abrange uma variedade de contextos de atendimento, reconhecendo que os cuidados paliativos podem ser necessários em

diferentes fases da jornada de saúde do paciente. Isso inclui a assistência domiciliar, onde os pacientes podem receber cuidados em seu ambiente familiar, o atendimento ambulatorial, o tratamento hospitalar e a assistência de urgência e emergência. Dessa forma, tal normatização constitui um marco importante na promoção dos cuidados paliativos no sistema de saúde do Brasil. Ela reflete um compromisso com a qualidade de vida e o respeito aos direitos e preferências dos pacientes em todas as fases de suas doenças, contribuindo para uma assistência de saúde mais humanizada e centrada no paciente (BRASIL, 2019).

Além disso, é importante destacar que a inclusão dos cuidados paliativos no SUS não apenas beneficia os pacientes diretamente, mas também tem o potencial de reduzir custos a longo prazo. Ao fornecer cuidados de qualidade que visam aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes em estágio avançado de doenças, o sistema de saúde pode reduzir a necessidade de internações frequentes e procedimentos médicos invasivos que muitas vezes têm custos elevados. Isso contribui para a eficiência do sistema e permite que os recursos sejam direcionados de maneira mais eficaz, beneficiando um número maior de pacientes (RIBEIRO J e POLES K, 2019).

No entanto, apesar dos avanços notáveis, ainda há desafios significativos a serem enfrentados no caminho da integração completa dos cuidados paliativos no SUS. Um dos desafios mais prementes é expandir ainda mais o acesso a esses serviços em áreas remotas e rurais do Brasil. O vasto território do país e a distribuição desigual dos recursos de saúde podem tornar a acessibilidade apropriada aos cuidados paliativos uma tarefa desafiadora. É fundamental que as estratégias sejam desenvolvidas para atingir até mesmo as comunidades mais afastadas, garantindo que todos os brasileiros tenham a oportunidade de receber cuidados paliativos quando necessário. Outro desafio crítico é o treinamento adequado de profissionais de saúde em cuidados paliativos. Para que esses serviços sejam eficazes e oferecidos com qualidade, é essencial que médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais de saúde tenham uma compreensão sólida das práticas e princípios dos cuidados paliativos. Isso requer programas de capacitação contínua e a promoção do conhecimento nessa área, a fim de garantir que os pacientes recebam cuidados de alta qualidade, independentemente de onde estejam localizados no país (RIBEIRO J e POLES K, 2019).

Nessa jornada contínua para aprimorar os cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde, é essencial que todos os setores da sociedade, incluindo o governo, profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e a população em geral, mantenham o compromisso com a humanização da assistência à saúde. A melhoria contínua dos cuidados paliativos reflete o desejo de oferecer alívio do sofrimento

e apoio compassivo a todos aqueles que enfrentam doenças graves, bem como às suas famílias. Dessa forma, infere-se que a efetiva integração dos cuidados paliativos nesse âmbito desempenha um papel crucial em aprimorar a qualidade de vida de pacientes confrontados com doenças graves e em estágios avançados, resultando no alívio do sofrimento e no fortalecimento do suporte às suas famílias. Essa integração é uma manifestação concreta do compromisso de tornar o sistema de saúde mais inclusivo, compassivo e centrado no bem-estar do paciente, assegurando que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde que respeitem sua dignidade e atendam às suas necessidades específicas (ALVES RSF, et al., 2019).

CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos representam o alicerce fundamental na busca por uma qualidade de vida aprimorada para os pacientes que enfrentam doenças graves ou crônicas. Estabelecem um enfoque abrangente que visa não apenas aliviar o sofrimento, mas também promover o bem-estar em sua totalidade, transcendendo os limites da abordagem médica convencional. É crucial desmistificar as ações associadas a esse domínio, proporcionando informações claras e acessíveis, a fim de capacitar pacientes e seus familiares a tomar decisões de tratamento informadas. Isso possibilita que todas as alternativas terapêuticas sejam exploradas de forma consciente e respeitosa, reconhecendo não apenas a extensão da vida, mas também o conforto, a dignidade e a qualidade de vida.

Para avançar na promoção dos cuidados paliativos, as universidades e instituições de ensino podem desempenhar um papel fundamental. A integração de disciplinas sobre cuidados paliativos em currículos de graduação e pós-graduação em áreas de saúde, como Medicina, Enfermagem e Psicologia, é uma abordagem essencial. Isso ajudaria a fornecer uma base teórica sólida, bem como treinamento prático, para futuros profissionais de saúde. Essas disciplinas devem incluir informações sobre a gestão da dor, comunicação eficaz com pacientes e familiares e tomada de decisões éticas e legais, com campo prático em hospitais e domicílios, permitindo que os futuros profissionais tenham uma compreensão abrangente da aplicação desses cuidados. Além disso, é fundamental superar os estigmas e receios associados aos cuidados paliativos. A educação pública sobre o assunto é uma estratégia importante para desmistificar conceitos errôneos e desinformações que cercam essa área. Deve-se fomentar diálogos abertos sobre a morte e a limitação da vida. Isso pode ser feito por meio de campanhas de conscientização, grupos de apoio, palestras e recursos educacionais acessíveis ao público. À medida que as pessoas se sentirem mais confortáveis ao discutir assuntos relacionados à

morte e aos cuidados paliativos, estarão mais preparadas para tomar decisões de saúde que estejam alinhadas com seus valores e desejos.

Ademais, a Legislação e Políticas de Saúde desempenham um papel vital na promoção dos cuidados paliativos como um componente integrado do sistema de saúde. Isso envolve a colaboração com legisladores para estabelecer marcos legais que reconheçam a importância dos cuidados paliativos. Além disso, essa abordagem pode abranger a alocação de recursos financeiros para garantir a disponibilidade e a acessibilidade de serviços de cuidados paliativos, bem como o estabelecimento de diretrizes transparentes para orientar a entrega consistente e de qualidade desses cuidados. Ampliar o estudo de cuidados paliativos no Brasil é um esforço multidisciplinar que requer a colaboração de profissionais de saúde, educadores, legisladores e a sociedade em geral. Ao fazer isso, o Brasil pode proporcionar um atendimento mais compassivo e de alta qualidade para pacientes que enfrentam doenças graves.

REFERÊNCIAS

- ALVES RSF, et al. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2019; 39.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, dF, ano 155, n. 225, p. 276, 23 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos, São Paulo, 2020.
- CASTRO AA et al. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2021; 45 (2) : e056.
- PAIVA CF, et al. Trajetória dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil. Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir o tempo presente, 2022, 41-49.
- RIBEIRO JR, POLES K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2019; 43(3): 62–72.
- SANTOS AFJ. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019, 2020.
- SANTOS LN, et al. Gestão de Cuidados Paliativos. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 2023; 2: e11712240028.
- SILVA RR, MASSI GA. Trajetória dos serviços de cuidados paliativos no Brasil: aspectos históricos e atuais. *Research, Society and Development*, 2022; 11(11): 1-10.
- SOUZA, MCS, et al. Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Revista Electrónica Trimestral De Enfermería*, 2021, 61:433-448.

Capítulo 2



10.37423/240408924

CUIDADO PALIATIVO E ESPIRITUALIDADE

Marita de Novais Costa Salles de Almeida

Isabela Agustini Andrade

Luíza Rocha Arêdes

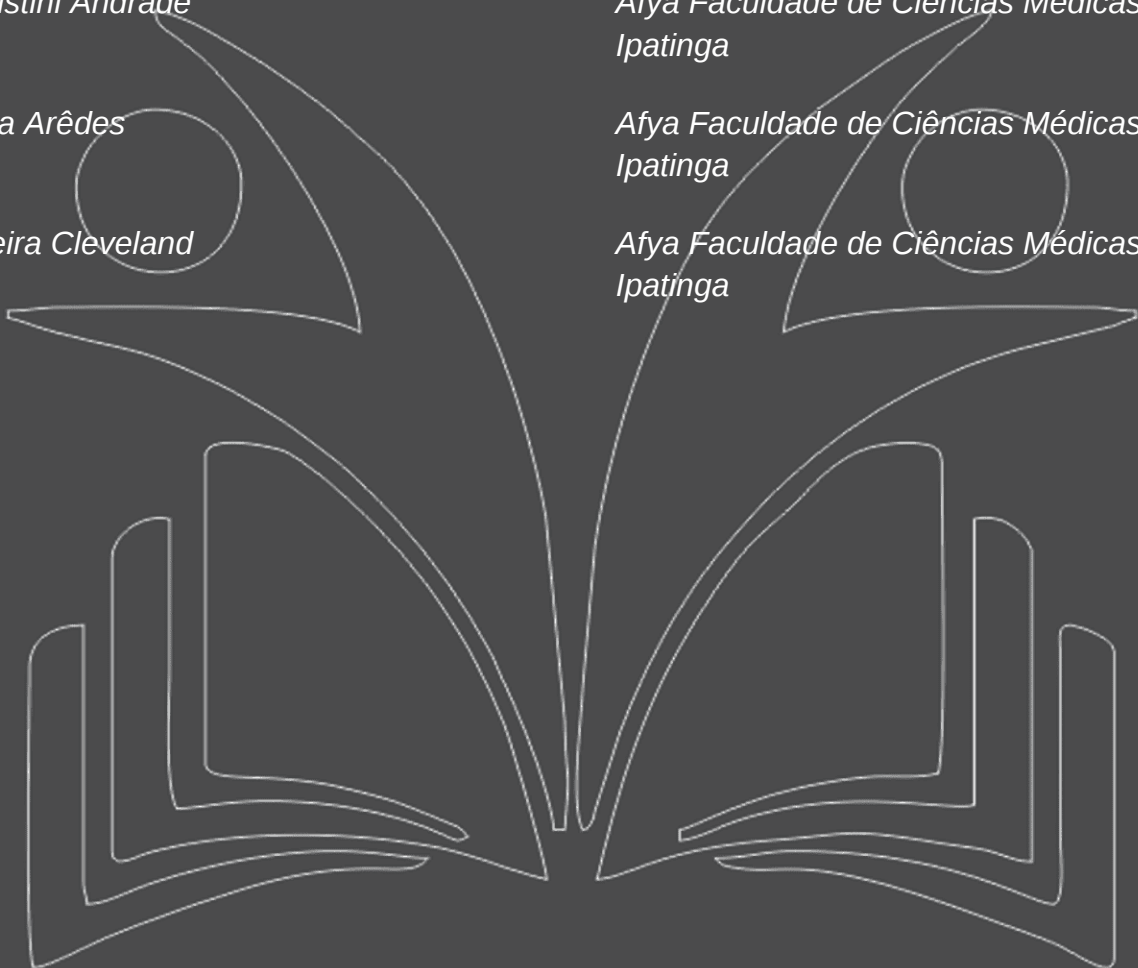
Vitória Taveira Cleveland

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

Este capítulo tem por objetivo descrever a importância entre a espiritualidade e os cuidados paliativos, dois fatores que ao se unirem formam uma abordagem holística no enfrentamento da fragilidade humana. Os cuidados paliativos é uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes que se encontram em estágios terminais de doença, minimizando assim, o sofrimento do paciente e da família. A espiritualidade está relacionada com a sensibilidade, sendo fundamental no bem-estar dos indivíduos envolvidos no processo do adoecer. Vale ressaltar que a espiritualidade se difere da religiosidade, uma vez que esse último tem relação mais próxima com normas e sistemas políticas. Por fim, ressalta-se a necessidade de os médicos saberem colocar esses dois conceitos em prática, tendo em vista que a ciência juntamente a sensibilidade podem trazer paz aos doentes e seus acompanhantes.

INTRODUÇÃO

Em 1990, com o intuito de uma abordagem abrangente e integrada dos cuidados paliativos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) o conceituou pela primeira vez como: cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento de cura, sendo necessário realizar o controle da dor, dos sintomas presentes e dos problemas psicossociais e espirituais. Tal cuidado serve como uma abordagem especializada que auxilia os indivíduos na vivência e no enfrentamento da morte da melhor forma possível. (GOV, 2022).

Com o prolongamento da expectativa de vida, um resultado do constante desenvolvimento científico e tecnológico, o gerenciamento e a cura de doenças potencialmente fatais evoluíram ao longo dos anos. No entanto, mesmo com os avanços na área médica, ainda existem inúmeras condições que demandam pesquisas aprofundadas e minuciosas, deixando pacientes e suas famílias frequentemente em um impasse, particularmente em relação às opções de tratamento. Nessas circunstâncias, torna-se imperativo iniciar o cuidado paliativo, uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes, tanto adultos quanto crianças, que enfrentam condições ameaçadoras à vida (REZENDE, J. R., 2019).

O tratamento paliativo envolve uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos e outras especialidades. É necessário, que cada profissional esteja preparado para atender as necessidades do paciente de forma integral e humanizada, com o objetivo de garantir uma morte digna e ajudar no controle dos sintomas físicos, psíquicos e espirituais. O reconhecimento dos profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros, em relação a espiritualidade como estratégia de enfrentamento da doença proporciona ao paciente o sentimento de esperança, altruísmo e idealismo, além de dar propósito para a vida e para o sofrimento (OTTO, G., et.al; 2021).

Vale ressaltar que, embora a associação entre espiritualidade e saúde esteja documentada em inúmeras pesquisas científicas, sua prática ainda permanece sendo menosprezada por muitos profissionais da saúde. Tal situação pode estar relacionada a falta de preparo e conhecimento acerca desse assunto, sendo necessário qualificar esses indivíduos para que possam se sentir mais seguros para atender o paciente terminal (SCIELO, 2021). À medida que a compreensão evolui, esses aspectos estão se tornando cada vez mais interligados, proporcionando benefícios significativos, como a redução do estresse, da depressão, da tentativa de suicídio e do uso abusivo de substâncias, sejam elas lícitas ou ilícitas. Além disso, a espiritualidade oferece conforto, auxilia no controle da dor e

contribui para o equilíbrio emocional diante da inevitabilidade da finitude da vida (FONSECA, B. A., 2021).

A espiritualidade desempenha um papel significativo nos cuidados paliativos e está intrinsecamente relacionada com o que transcende a mera existência material, ela abrange práticas individuais que podem ou não envolver a religião. Embora esses conceitos possam ter significados distintos, espiritualidade e religião muitas vezes estão interligadas e desempenham um papel essencial no cuidado e na evolução das condições de saúde dos pacientes. Muitos pacientes, independentemente de sua afiliação religiosa, têm necessidades espirituais que podem incluir encontrar um significado ou propósito em sua doença, buscar conforto espiritual, lidar com questões existenciais ou reconciliar-se com questões de fé (FONSECA, B. A., 2021).

O reconhecimento e a incorporação da espiritualidade nos cuidados paliativos não apenas proporcionam conforto ao paciente, mas também contribuem para uma abordagem mais holística e compassiva da assistência médica. Isso permite que o paciente enfrente sua jornada com dignidade, respeito e uma sensação de paz interior, independentemente das crenças religiosas ou espirituais. (FONSECA, B. A., 2021).

CUIDADO PALIATIVO

As doenças ameaçadoras da vida, sejam agudas ou crônicas, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamentos curativos, trazem a necessidade de um olhar para o cuidado amplo e complexo em que haja interesse pela totalidade da vida do paciente com respeito ao seu sofrimento e de seus familiares. Este tipo de cuidado foi definido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Cuidados Paliativos. (GOV, 2022)

O cuidado paliativo é um tipo de abordagem associado de maneira consistente a uma série de benefícios e melhorias; dentre eles pode-se destacar: melhor planejamento prévio de cuidados, melhora da qualidade de vida, redução de sintomas desagradáveis, maior satisfação dos pacientes e do núcleo cuidador e menor utilização do sistema de saúde. Outro importante benefício é o efeito desse tipo de abordagem nos familiares, uma vez que, conversar sobre os cuidados de fim de vida e a percepção positiva dos familiares sobre a assistência nessa fase se mostrou um fator protetor para o desenvolvimento de depressão e luto complicado (Manual Cuidados Paliativos, 2020)

A abordagem paliativa pode ser realizada no domicílio, na instituição ambulatorial, hospitalar, hospício e até mesmo em instituições de longa permanência a depender de onde o paciente se encontra. A

qualidade do cuidado e o local onde é realizado também se torna significativo para o processo de luto vivenciado durante o adoecimento e após o falecimento do paciente (Manual Cuidados Paliativos, 2020).

Torna-se evidente, portanto, que não existe tempo definido ou limite prognóstico para a prestação de cuidados paliativos, sendo este prestado na necessidade. Dessa forma, qualquer indivíduo doente merece ser assistido com qualidade, de acordo com as suas necessidades, sendo amparado e tratado no seu sofrimento bem como o dos seus familiares. A qualidade de vida e a dignidade humana estão sempre no foco dos profissionais que atuam em cuidados paliativo. (Cuidados Paliativos, 2020).

ESPIRITUALIDADE ECUIDADO PALIATIVO NA PEDIATRIA

Os cuidados paliativos na pediatria desempenham um papel fundamental na promoção do conforto, qualidade de vida e apoio às crianças que enfrentam doenças graves e limitantes. A espiritualidade desempenha um papel igualmente importante nesse contexto, pois a dimensão espiritual faz parte da experiência humana, independentemente da idade. O tratamento paliativo pediátrico busca aliviar o sofrimento físico, emocional e espiritual das crianças e suas famílias, fornecendo apoio multidisciplinar (RIOS, J. L. O.; et. al., 2021).

A espiritualidade é reconhecida como um componente intrínseco do bem-estar infantil, e os profissionais de saúde devem estar atentos a suas necessidades espirituais, que podem incluir questões de significado, esperança e transcendência. Além disso, a espiritualidade desempenha um papel importante na forma como as crianças enfrentam a doença e a morte, pois muitos pacientes, principalmente os adolescentes, têm suas próprias crenças e concepções sobre o que acontecerá depois da morte, e os cuidadores devem respeitar essas visões, oferecendo apoio emocional e espiritual de acordo com as crenças do enfermo e da família. (CONCEIÇÃO, F. H., 2021).

Capelães, líderes religiosos e conselheiros espirituais possuem um papel vital na equipe de cuidados paliativos pediátricos, fornecendo suporte religioso e espiritual apropriado à crença e tradição de cada família, podendo ajudar a realizar rituais religiosos, fornecer orientação ética e simplesmente estar presentes para ouvir e apoiar. Ademais, a incorporação de práticas espirituais, como meditação, oração e momentos de reflexão, pode ser benéfica para as crianças e suas famílias, proporcionando conforto e um espaço para expressar suas emoções (CONCEIÇÃO, F. H., 2021).

Por fim, os cuidados paliativos pediátricos não se limitam apenas a abordar questões médicas; eles englobam todo o ser da criança. A espiritualidade desempenha um papel crucial nesse cenário,

oferecendo suporte às crenças e necessidades espirituais das crianças e de suas famílias, tornando o processo de enfrentar a doença e a morte mais humanizado e compassivo (SPONTON, B. M., 2021).

O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO PALIATIVO

A espiritualidade desempenha um papel significativo na prática dos cuidados paliativos, que se concentra em proporcionar conforto, qualidade de vida e alívio do sofrimento a pacientes com doenças avançadas ou em estágio terminal. Ela é considerada um dos aspectos essenciais da abordagem holística dos cuidados paliativos. Sendo assim, é preciso distinguir o conceito de espiritualidade e religiosidade, que por vezes se confundem no cotidiano social. (JESUS, G. T. et al. 2023). A espiritualidade é compreendida como uma dimensão constitutiva humana, caracterizada pela intimidade do ser humano com algo maior e a religião está vinculada à manifestação de atos de culto, de ritos e de outras formas de expressão religiosa. (OMAN, 2018).

A espiritualidade vai além da crença em uma divindade ou devoção a uma religião organizada. A espiritualidade é, de fato, um conceito multifacetado e individual, e muitas pessoas vêem como uma busca de significado, propósito e conexão com algo maior, que pode não ser necessariamente associada a uma entidade divina. É importante considerar que a espiritualidade pode se manifestar de maneiras diversas e pessoais, desempenhando um papel importante na manutenção do bem-estar. (JESUS, G. T. et. al. 2023).

No contexto de cuidados em saúde, é fundamental que seja abordado o tema da espiritualidade, pois os profissionais precisam melhorar o suporte ao paciente e o cuidado relacionado à crença das pessoas, por meio da comunicação mais efetiva, autorreflexão e autoconsciência sobre a morte e seu significado, reconhecendo o medo da morte e apresentando maior empatia. (BEST, et al. 2020).

Dessa forma, quando os pacientes enfrentam alguma doença, seja ela terminal ou não, é comum que busquem respostas sobre o significado de suas vidas e a razão de estarem passando por essa situação. Essas reflexões podem ser uma parte fundamental do processo de enfrentamento tanto para o doente quanto para seus familiares. (JESUS, G. T. et. al. 2023).

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO SENSÍVEL

A comunicação sensível desempenha um papel crucial no campo da medicina, não apenas como uma habilidade técnica, mas como um alicerce essencial para a construção de relações confiantes e eficazes entre profissionais de saúde e pacientes. Em um ambiente onde o cuidado não se limita apenas ao

diagnóstico e tratamento, mas abrange o bem-estar emocional e psicológico, a comunicação sensível se destaca como uma ferramenta poderosa. (ISQUIERDO, A. P. R., et. al, 2021).

A comunicação de más notícias se torna um desafio, tendo em vista que coloca a relação médico paciente em aflição. O preparo para passar tais informações começa desde a formação médica, sendo necessária para evitar condutas erradas, uma vez que os profissionais devem buscar a empatia para com o paciente, o que melhora a confiança e as relações (ISQUIERDO, A. P. R., et. al, 2021). Em 2000 nos Estados Unidos, foi criado um protocolo para comunicação de más notícias, denominado SPIKES, esse mnemônico indica seis etapas em sequência: S (setting up the interview), P (perception), I (invitation), K (knowledge), E (emotions), S (strategy and summary). Esse protocolo engloba quatro objetivos mais importantes durante a transmissão de notícias ruins: recolher informações dos pacientes, transmitir as informações médicas, proporcionar suporte ao paciente e induzir a sua colaboração no desenvolvimento de uma estratégia ou plano de tratamento para o futuro. (FERRAS, M. A. G.; et. al, 2022).

Em resumo, na medicina, a comunicação sensível não é apenas uma habilidade desejável, mas uma necessidade fundamental. Ela fortalece as relações médico-paciente, promove o bem-estar emocional, contribui para decisões informadas e, em última instância, melhora a qualidade do atendimento médico. Ao reconhecer a importância da comunicação sensível, os profissionais de saúde podem criar um ambiente de cura mais compassivo e eficaz. (FERRAS, M. A. G.; et. al, 2022).

PRÁTICA DA ORAÇÃO E MEDITAÇÃO NO CUIDADO PALIATIVO

A meditação e a oração são práticas antigas que têm desempenhado papéis significativos em diversas culturas e tradições espirituais ao longo da história da humanidade. Nos últimos anos, o estudo do cérebro humano tem revelado impactos notáveis dessas práticas, especialmente quando se trata de compreender os efeitos da meditação e da oração na atividade cerebral e na espiritualidade. Além disso, a relação entre meditação, oração e cuidados paliativos está se tornando cada vez mais relevante, uma vez que essas práticas espirituais oferecem um suporte profundo e significativo para pacientes que enfrentam doenças graves e avançadas (DE PAULA, L., 2021).

O IMPACTO DA MEDITAÇÃO E DA ORAÇÃO NA ATIVIDADE CEREBRAL

Estudos conduzidos por pesquisadores como Andrew Newberg e Eugene d'Aquili revelaram que a meditação e a oração têm efeitos notáveis na atividade cerebral. Durante essas práticas, observam-se mudanças específicas na atividade de diferentes áreas do cérebro. Uma das observações mais

marcantes é o aumento da atividade no córtex frontal, uma parte do cérebro associada à atenção focada, ao pensamento racional e à tomada de decisões. Esse aumento na atenção focal pode melhorar a capacidade de concentração e proporcionar clareza mental. Em contrapartida, a atividade no córtex parietal diminui durante a meditação e a oração. O córtex parietal desempenha um papel central na percepção de si mesmo e no processamento de informações sensoriais. Sua redução sugere um afastamento da percepção do eu individual, o que pode criar um estado de conexão com algo maior. Newberg e d'Aquili sugerem que essas mudanças cerebrais refletem uma diminuição da clareza da consciência e da cognição. Esse processo cerebral pode resultar em uma conexão espiritual mais profunda, permitindo que a meditação e a oração desencadeiem uma série de respostas neuroquímicas que promovem um estado de bem-estar e tranquilidade (DE PAULA, L., 2021).

NEUROQUÍMICA DA MEDITAÇÃO E ORAÇÃO

Além das mudanças na atividade cerebral, a meditação e a oração também desencadeiam alterações na neuroquímica do cérebro. Durante essas práticas, observa-se um aumento na produção de substâncias como serotonina e melatonina. A serotonina é conhecida por seu papel na regulação do humor, enquanto a melatonina está associada ao sono e à regulação dos ritmos circadianos. Essas substâncias podem contribuir para uma sensação de calma e relaxamento. Outro neurotransmissor significativo que aumenta durante a meditação e a oração é o ácido gama-aminobutírico (GABA), o qual reduz a atividade dos neurônios em várias regiões do cérebro, gerando uma sensação de calma e tranquilidade (SANTOS, A. L. F.; 2023).

Além disso, essas práticas espirituais também têm sido associadas ao aumento dos níveis de psilocibina e mescalina, substâncias psicoativas que podem afetar a consciência espiritual, levando a experiências místicas e ilusões que resultam em um êxtase religioso. Esses estados de consciência alterados podem promover mudanças significativas no sistema de serotonina no cérebro, afetando a espiritualidade do indivíduo (SANTOS, A. L. F.; 2023).

A ESPIRITUALIDADE, O CORPO E A MENTE

A espiritualidade não se limita ao cérebro, gerando impactos profundos em todo o corpo e na mente. Práticas como a meditação e a oração ativam áreas neurológicas nos lóbulos frontais, que são responsáveis pelas emoções, tais estímulos possuem efeitos fisiológicos profundos, como o relaxamento corporal, o bem-estar geral e a redução do estresse. Ademais, essas práticas podem melhorar o ânimo e o estado emocional do praticante (CARMO, K. B., 2022).

Essa complexa interação entre a espiritualidade, a mente e o corpo demonstra que a meditação e a oração são práticas profundamente enraizadas na experiência humana e têm impactos abrangentes que vão além do aspecto espiritual. Em particular, essa compreensão é fundamental quando se considera o papel dessas práticas nos cuidados paliativos, onde elas podem oferecer suporte profundo e significativo para pacientes e suas famílias à medida que enfrentam doenças graves e avançadas. A conexão entre meditação, oração e cuidados paliativos representa uma fonte valiosa de conforto e apoio em momentos de grande desafio (CARMO, K. B., 2022).

CONCLUSÃO

A espiritualidade, muitas vezes negligenciada, emerge como um pilar essencial nos cuidados paliativos. A distinção entre espiritualidade e religiosidade revela a complexidade desse aspecto humano, proporcionando uma compreensão mais profunda das necessidades dos pacientes. A busca de significado e conexão com algo maior torna-se evidente, e os profissionais de saúde desempenham um papel crucial ao reconhecer e abordar essas dimensões, proporcionando um suporte mais compassivo e empático.

A comunicação sensível, por sua vez, é a ferramenta que permeia todas essas práticas. A entrega de notícias difíceis, a compreensão das percepções e emoções dos pacientes, tudo isso é moldado por uma comunicação eficaz. O protocolo SPIKES oferece uma estrutura valiosa para os profissionais médicos, destacando a importância de criar um ambiente de confiança e colaboração.

Em última análise, a qualidade dos cuidados paliativos transcende o aspecto técnico da medicina. Envolve uma abordagem humana, empática e compassiva que respeita a dignidade do indivíduo em sua jornada final.

REFERÊNCIAS

- BEST, M.; LEGET, C.; GOODHEAD, A.; & PAAL, P. (2020). An EAPC whitepaper on multidisciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC palliative care*, 19(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>.
- BRASIL, Manual de Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>. Acesso em: 22 out. 2023.
- BRASIL, Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos>. Acesso em: 22 out 2023.
- CARMO, K. B. do .. (2022). Espiritualidade aplicada à medicina. *Revista Bioética*, 30(4), 870–882. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304577PT>
- CONCEIÇÃO FH, et al; Espiritualidade e cuidados paliativos pediátricos: protocolo de scopin review, 2021. *Research, Society and Development*, v. 10, n.16. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23459/21081>. Acesso em 20 out de 2023
- DE PAULA, L.. (2020). A alma como problema público: espiritualidade e saúde no contexto dos EUA. *Religião & Sociedade*, 40(3), 95–120. <https://doi.org/10.1590/0100-85872020v40n3cap04>
- FERRAZ, M. A. G., Chaves, B. A., Silva, D. P., Jordán, A. de P. W., & Barbosa, L. N. F. (2022). Comunicação de más notícias na perspectiva de médicos oncologistas e paliativistas. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 46(2), e076. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210458>
- FONSECA BA; PLÁCIDO JS. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev psicologia, diversidade e saúde*, 10(1),158-167. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/download/2964/3953>. Acesso em: 20 out de 2023.
- GONÇALVES, A. R. A. (2022). A espiritualidade em cuidados paliativos: estratégia de enfrentamento e conforto para pacientes, familiares e equipe multiprofissional. Instituto de Saúde e Sociedade (Universidade Federal de São Paulo), 39 f. <https://repositorio.unifesp.br/xmlui/handle/11600/62630>
- ISQUIERDO, A. P. R., BILEK, E. S., & GUIRRO, Ú. B. do P. (2021). Comunicação de más notícias: do ensino médico à prática. *Revista Bioética*, 29(2), 344–353. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292472>
- JESUS, G. T., et.al. O papel da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 1, e19812139531, 2023. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39531>
- MARQUES, T. C. S., & Pucci, S. H. M.. (2021). Espiritualidade nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos. *Psicologia USP*, 32, e200196. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200196>
- OMAN. (2018). *Why Religion and Spirituality Matter for Public Health: Religion, Spirituality and Health: A Social Scientific Approach*, Springer International Publishing, 2(2).

OTTO G, et al. Questões Culturais e Espirituais em Cuidados Paliativos. DynaMed, 2021. Disponível em: <https://www.dynamed.com/management/cultural-and-spiritual-issues-in-palliative-care>. Acesso 20 de out 2023.

REZENDE JR; POLES K. Cuidados Paliativos dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. Rev Brasileira de Educação Médica, 43 (3): 62-72; 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/sqGJCjC5sC5mbKZkRHHfnNm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 out de 2023

RIOS JLO, et al. O conhecimento dos fisioterapeutas sobre cuidados paliativos em pediatria em um hospital materno infantil. RevPesquiFisioter. 2021;11(2):375-383. v11i2.3769. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/download/3769/4131>. Acesso em: 20 out de 2023.

SANTOS, A. L. F., et al.; A influência da espiritualidade no cuidado do paciente. BrazilianJournalof Health Review. v. 6, n. 2, p. 7071-7089, mar./apr., 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/58708/42701>. Acesso em 20 out 2023.

SPONTON BM.; SANTOS MN. Cuidados Paliativos na Neonatologia e Pediatria: Uma Revisão das Práticas e Dificuldades. InternationalJournalof Health Management Review, v. 7, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/266/197>. Acesso em 20 out de 2023.

Capítulo 3



10.37423/240408925

INDICAÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Anna Lydia Mol Villela

Marita de Novais Costa Salles de Almeida

Juliana Cristina de Vasconcellos Benatti

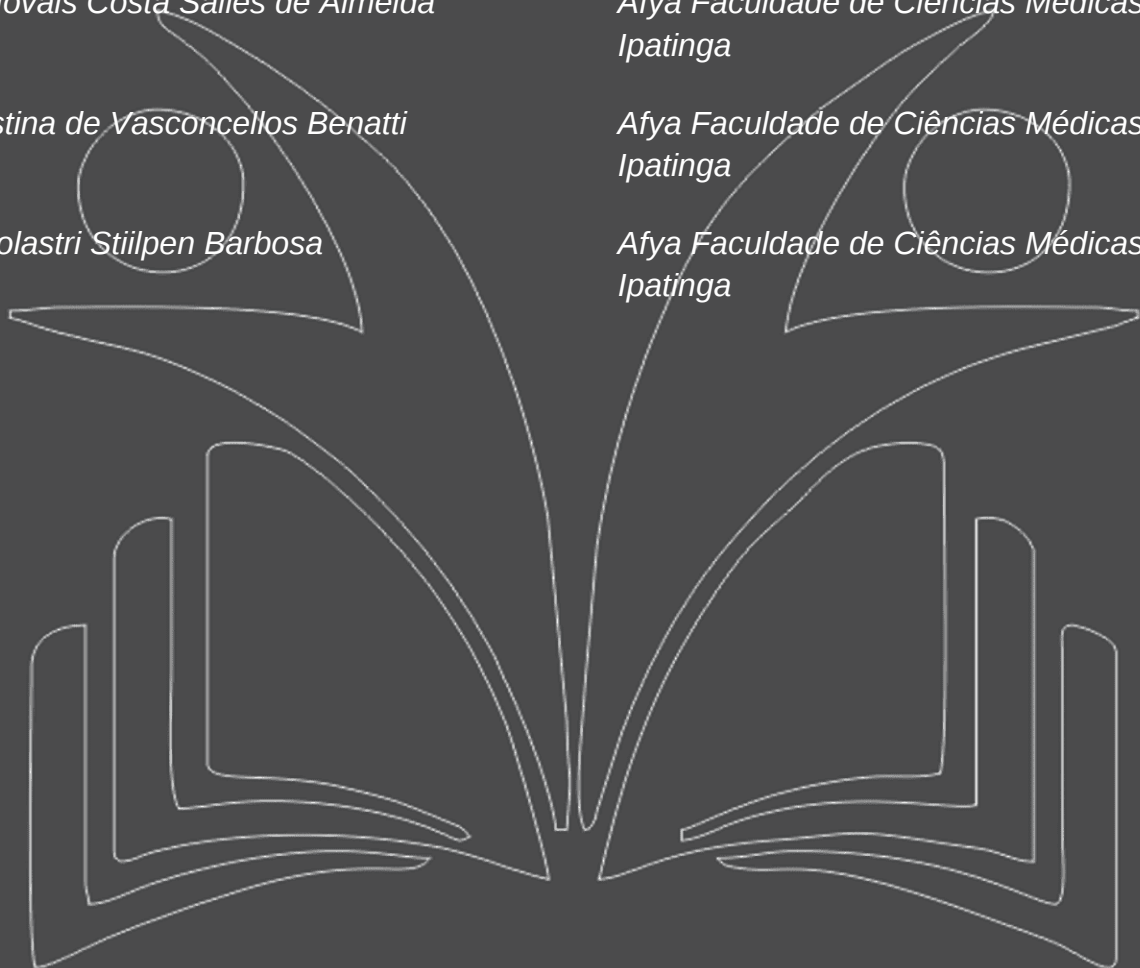
Gabriella Polastri Stiilpen Barbosa

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PRÉFACIO

A identificação precoce dos pacientes que podem se beneficiar da abordagem de cuidados paliativos é um grande desafio em todos os níveis da atenção à saúde. Essa identificação é essencial para possibilitar que a integração entre CP e medidas modificadoras de doença ocorra no momento inicial das doenças ameaçadoras de vida. Sendo assim, a avaliação correta e identificação dessa demanda deve, inicialmente, ser realizada pelo profissional não especialista e, de acordo com a progressão da doença, associar e priorizar a abordagem da equipe multiprofissional em CP. Os médicos não especialistas desempenham um papel fundamental na prestação de CP primários. O reconhecimento de pacientes que possam se beneficiar dos CP e o início oportuno de medidas de CP centradas no paciente no final da vida são essenciais, mas desafiadores. Embora existam diferentes ferramentas para apoiar estas tarefas-chave, muitas vezes é necessária uma abordagem estruturada.

INTRODUÇÃO

Nos países de rendimento elevado, o câncer avançado e outras condições crônicas são responsáveis por aproximadamente 75% das mortes. Devido à natureza crônica dessas doenças, os pacientes muitas vezes necessitam de cuidados paliativos (CP) para aliviar a carga da doença e melhorar a qualidade de vida (GOMEZ-BATISTE, et al., 2016).

A identificação precoce dos pacientes que necessitam de CP é muito importante para o planejamento avançado de cuidados e, principalmente, para as pessoas cujo adoecimento e consequente deterioração da saúde se dão de maneira gradual. Além disso, também é importante reconhecer essa demanda em pacientes com doenças agudas ameaçadoras da vida. Nesse contexto, faz-se necessária a utilização de ferramentas que auxiliem os profissionais a identificar o momento de abordar o paciente e suas famílias sobre o que de fato é importante para eles e as opções de tratamentos proporcionais para o quadro clínico apresentado (D’ALESSANDRO, et al., 2023).

QUANDO INDICAR

Ao longo da evolução da doença, a intensidade dos cuidados é variável, sendo que o foco e os objetivos vão progressivamente transitando de uma ênfase em tratamentos modificadores da doença até abordagens com intenções exclusivamente paliativas. Nesse processo, deve-se atentar também para as demandas apresentadas pelos familiares e cuidadores, inclusive no período do luto (SANTOS, *et al*, 2023).

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



Figura 1 – Benefício potencial dos cuidados paliativos para os pacientes em relação ao momento da doença Adaptado de Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vamos falar de Cuidados Paliativos, 2014.

FERRAMENTAS DE TRIAGEM PARA CUIDADOS PALIATIVOS

A ferramenta de indicadores de cuidados e suporte paliativo (SPICT) descrita inicialmente em 2010 e aprimorada em 2014, foi projetada para fornecer soluções práticas, orientação baseada em evidências para ajudar os médicos que trabalham na atenção primária e secundária a reconhecerem quando seus pacientes podem estar em risco de morrer e provavelmente se beneficiarão de cuidados de suporte paliativo (HIGHET, et al., 2013). De preenchimento fácil, rápido e sem perder a sensibilidade de identificar os pacientes elegíveis à abordagem de CP, o SPICT-BRTM (figura 1) possibilita reconhecer os pacientes na atenção primária, instituições de longa permanência, ambulatórios especializados e em serviços hospitalares. A primeira parte é constituída por indicadores clínicos gerais e a segunda parte por indicadores específicos de acordo com a doença de base, sendo dividida em doenças cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e síndromes demenciais/fragilidade. Após aplicação, o plano de cuidados deve ser realizado ou atualizado (D’ALESSANDRO, et al., 2023).

O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.

Procure por indicadores gerais de piora da saúde.

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.

Câncer

Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.
Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.
Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.
Incontinência urinária e fecal.
Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.
Fratura de fêmur, múltiplas quedas.
Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.

Doença neurológica

Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.
Problemas de fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.
Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.

Doença cardiovascular

Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e instável com:
- falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.
Doença vascular periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença respiratória crônica grave com:
- falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.
Necessidade de oxigenoterapia por longo prazo.
Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.
Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.

Doença renal

Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFGe 30ml/min) com piora clínica.
Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamento.
Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.

Doença hepática

Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:
- Ascite resistente a diuréticos
- Encefalopatia hepática
- Síndrome hepatorenal
- Peritonite bacteriana
- Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas
Transplante hepático é contraindicado.

Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.

- Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.
- Considerar o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.
- Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.
- Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPICT website (www.spect.org.uk)

SPICT™, abril 2016

Figura 1 – Ferramenta SPICT-BR. **Fonte:** Corrêa S. 2016. Uma ferramenta para auxílio na identificação de pacientes que podem precisar de cuidados paliativos. SPICT TM Supportive and Palliative Care Indicators Tool (2016).

AVALIAÇÃO DE PROGNÓSTICO

Definir prognóstico é uma tarefa complexa e trabalhosa nos Cuidados Paliativos, no entanto a avaliação da sobrevida e do prognóstico são essenciais para o tratamento e tomada de decisão não apenas para equipe médica como também para o paciente e família.

Prognosticar significa antever, conjecturar, fazer previsões que se baseiam em indícios. Em CP, a sobrevida é o desfecho de interesse, abrangendo também o curso evolutivo da doença e a qualidade de vida até a morte, incluindo controle de sintomas, performance funcional, impacto familiar e até mesmo questões espirituais, emocionais e financeiras (HAGERTY *et al.*, 2005).

A compreensão dos pacientes sobre seus prognósticos é, muitas vezes, incerta e otimista (CHEN, 2017). Em geral, a avaliação prognóstica de pacientes em fases avançadas de doenças graves ainda apresenta erro otimista considerável, principalmente quando avaliamos pacientes com doenças não neoplásicas. Uma conclusão interessante foi que à medida que aumenta o tempo de relação médico-paciente, a acurácia de prognóstico diminui, demonstrando que o vínculo que se estabelece entre o médico e seu paciente determina um “desejo” do médico de prever uma condição que implica menor capacidade de avaliar a realidade. Este resultado nos permitiria iniciar uma discussão pertinente de o quanto os desejos e expectativas do próprio médico não poderiam interferir na avaliação do prognóstico de seu paciente (CARVALHO e PARSONS, 2013).

A escala Palliative Performance Scale (PPS) é muito utilizada na indicação de cuidados paliativos pois permite estabelecer prognóstico e funcionalidade do doente. Pode ser utilizada sequencialmente para acompanhar a curva evolutiva da doença, permitindo desta forma a tomada de decisões baseadas na deteriorização clínica do paciente. Possui onze níveis de *performance*, da 0 a 100%, divididos em intervalos de 10, em que 0% corresponde a um indivíduo morto e 100% alguém independente para atividades como deambulação, trabalho, autocuidado, ingestão e nível de consciência.

O estudo recente de WENG e COLAB (2009) evidenciou a relação entre o número de dias sobrevividos por pacientes com câncer com a pontuação recebida na PPS ($\leq 30\%$ - 6 dias; 40% - 19 dias; $\geq 50\%$ - 34 dias). Por estabelecer essa relação com o prognóstico, recomenda-se o uso cotidiano dessa escala como elemento auxiliar na tomada de decisão.

Tabela 1- Palliative Performance Scale -PPS -tradução para a língua portuguesa

PPS (%)	Capacidade de deambular	Atividade e evidência de doença	Auto-cuidado	Ingestão oral	Nível de consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completa	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência , +/-confusão

		atividades; doença extensa			
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência , +/-confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência , +/-confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma. +/-confusão
0	Morto	-----	-----	-----	-----

O Índice de Prognóstico Paliativo (PPI) foi desenvolvido para estimar expectativa de vida em pacientes com câncer em estado terminal. O estudo inicial, conduzido por Morita, *et al.* (1999), incluiu pacientes com doença oncológica avançada internados em unidades de cuidados Paliativos. Utilizou a avaliação da performance física obtida pela escala de PPS (Palliative Performance Scale), ingestão oral, presença de dispneia, edema e delirium. De acordo com cada variável avaliada no PPI, são atribuídos pontos e definido um escore final com a soma dessas pontuações. De acordo com o valor final, os pacientes foram classificados em três grupos que conseguem distinguir a evolução de forma distinta em 3 e 6 semanas.

O escore resultante categoriza o paciente em um dos três grupos:

Grupo A ($PPI \leq 2$) sobrevida > 6 semanas;

Grupo B ($2 < PPI \leq 4$) sobrevida entre 3 e 6 semanas;

Grupo C ($PPI > 4$) sobrevida menor que 3 semanas.

Tabela 2 - Índice de prognóstico paliativo (PPI)

ITEM	PONTUAÇÃO
<u>Palliative Performance Scale(%)</u>	
10-20	4
30-50	2.5
>60	0
<u>Ingesta oral</u>	
Muito reduzida	2.5
Reduzida	1.0
Normal	0
<u>Edema</u>	
Presente	1.0
Ausente	0
<u>Dispneia em repouso</u>	
Presente	3.5
Ausente	0
<u>Delirium</u>	
Presente	4.0
Ausente	0
<u>Grupos de risco</u>	Pontuação total
A	0-2.0
B	2.5 - 4.0
C	4.5 -15

O KPS foi, inicialmente, desenvolvido por Karnofsky e Burchenal, em 1948, para quantificar o estado funcional de pacientes com câncer de pulmão. Esta escala avalia a funcionalidade do paciente em forma de percentual, classificando-o quanto à capacidade de realizar trabalho ativo e autocuidado e à necessidade de cuidados médicos frequentes em razão da maior evidência de doença. O KPS possui 11 categorias e cada uma é pontuada em 10%; uma pontuação mais baixa indica pior funcionalidade (100%: função completa – 0%: morte).

Esta ferramenta está diretamente relacionada ao prognóstico em oncologia. Quanto pior a funcionalidade, maior a chance de toxicidade com o tratamento e menor a probabilidade de sobrevida. A maioria dos pacientes com uma escala Karnofsky inferior a 70% tem indicação precoce de assistência de Cuidados Paliativos.

Tabela 3- Escala de KPS

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

O PaP (PalliativePrognostic Score) foi construído na Itália, a partir de um estudo multicêntrico pelo grupo de Pirovano e Maltoni (1999). Esse modelo de escore classifica os pacientes com câncera avançado em fase terminal em um grupo de risco homogêneo para a sobrevida, baseado na

combinação de parâmetros clínicos e laboratoriais: dispneia, anorexia, KPS, estimativa clínica de sobrevida, contagem leucocitária e a percentagem de linfócitos no sangue periférico.

De acordo com o valor obtido na análise das seis variáveis, o PaP classifica os pacientes em um dos três grupos de risco homogêneo de sobrevida A, B e C, classificando-as individualmente em alta, média e baixa probabilidade de sobrevida nos próximos 30 dias: grupo A, com sobrevida de 30 dias > 70%; grupo B, com sobrevida de 30 dias em 30%-70%; grupo C, com sobrevida de 30 dias < 30%. A mediana de sobrevida em cada grupo, em seu estudo inicial, foi de 64 dias para o grupo A, 32 dias para o grupo B e 11 dias para o grupo C.

Tabela 4 - PaP

ITEM	PONTUAÇÃO
Anorexia	
Não	0
Sim	1
Dispneia	
Não	0
Sim	1.5
KPS (%)	
≥ 30	0
10-20	2.5
Estimativa clínica de sobrevida (semanas)	
>12 semanas	0
11-12 semanas	2
7-10 semanas	2.5
5-6 semanas	4.5
3-4 semanas	6
1-2 semanas	8.5
Contagem leucocitária (x 10³ /l)	
≤ 8.5	0
8.6 a 11	0.5
>11	1.5
Linfócitos (%)	
>20	0
12-19.9	1
<12	2.5

Grupos de risco	
<u>A</u> probabilidade de sobrevivência aos 30 dias.	0.5- 5.5
>70%	5.6 – 11
<u>B</u> probabilidade de sobrevivência aos 30 dias entre 30 e 70%	11.5 – 17.5
<u>C</u> probabilidade de sobrevivência aos 30 dias <30%	

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Prognosticar é uma competência médica essencial para direcionar terapêutica, evitar medidas desnecessárias e orientar pacientes e familiares, definindo melhor as opções de tratamento diante de benefícios e riscos associados, melhor utilização dos recursos disponíveis, discussões apropriadas sobre o que o paciente deseja para suas diretivas de cuidados e, principalmente, para a sua vida e trajetória provável da doença.

Uma boa relação paciente, família e médico depende da indicação de CP em momento oportuno, pacientes que necessitem de CP associado aos cuidados curativos irão se beneficiar do suporte da equipe até o desfecho da doença, com ênfase na manutenção da qualidade de vida, apoio espiritual e psicológico e até orientações legais. O atendimento a família pelos CP auxilia no entendimento a doença, acolhimento e até no período de luto.

Portanto, é de conhecimento público os benefícios dos CP para paciente em cuidados de final de vida, entretanto, uma indicação precoce de acompanhamento do enfermo pela equipe de CP associado ao tratamento ativo pode ser vantajoso e a utilização das ferramentas prognósticas auxiliam nessa indicação.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO D, TOMMASO ABG, BURLA C, SANTOS G, DIAS LM, PY L, REBELLO M. Vamos falar de cuidados paliativos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015; 1: 1-24.
- CARVALHO RT, PARSONS HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2013; 2: 1-585.
- CHEN, C.H.; KUO, S. C.; TANG, S. T. Current status of accurate prognostic awareness inadvised/terminally ill cancer patients: Systematic review and meta-regression analysis. Palliative Medicine. 2017; 31 (5):406–18. Disponível em:
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216316663976?journalCode=pmja>. Acesso em 10 nov. 2023.
- CORREA S. SPICT-BR TM: Uma ferramenta para auxílio na identificação de pacientes que podem precisar de cuidados paliativos. SPICT TM Supportive and Palliative Care Indicators Tool [Internet]. Edinburgh: University of Edinburgh; 2016. Available from: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>
- D’ALESANDRO MPS, et al. Manual de cuidados paliativos. Hospital Sírio Libanês, Ministério da Saúde, 2023; 2: 1-424.
- GOMEZ-BATISTE X, et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO© tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. Palliative Medicine, 2016; 1: 1-10.
- HAGERTY, R.; BUTOW, P.; ELLIS, P.; LOBB, E.; PENDLEBURY, S.; LEIGHL, N.; MACLEOD, C.; TATTERSALL, M. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. J Clin Oncol 2005; 23:1278-88. Disponível em: <<https://ascopubs.org/doi/10.1200/jco.2005.11.138>>. Acesso em: 12 nov. 2023
- HIGHET G, et al. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. Supportive and Palliative Care, 2013; 0: 1-6.
- SANTOS, M. DE O. et al. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. Revista Brasileira de Cancerologia, 2023; 69(1): e-213700.
- Weng LC, Huang HL, Wilkie DJ, Hoenig NA, Suarez ML, Marschke M, et al. Predicting survival with the Palliative Performance Scale in a minority-serving hospice and palliative care program. J Pain Symptom Manage. 2009;37(4):642-8.

Capítulo 4



10.37423/240408926

PROMOVENDO QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Felippe Hauck Mansur

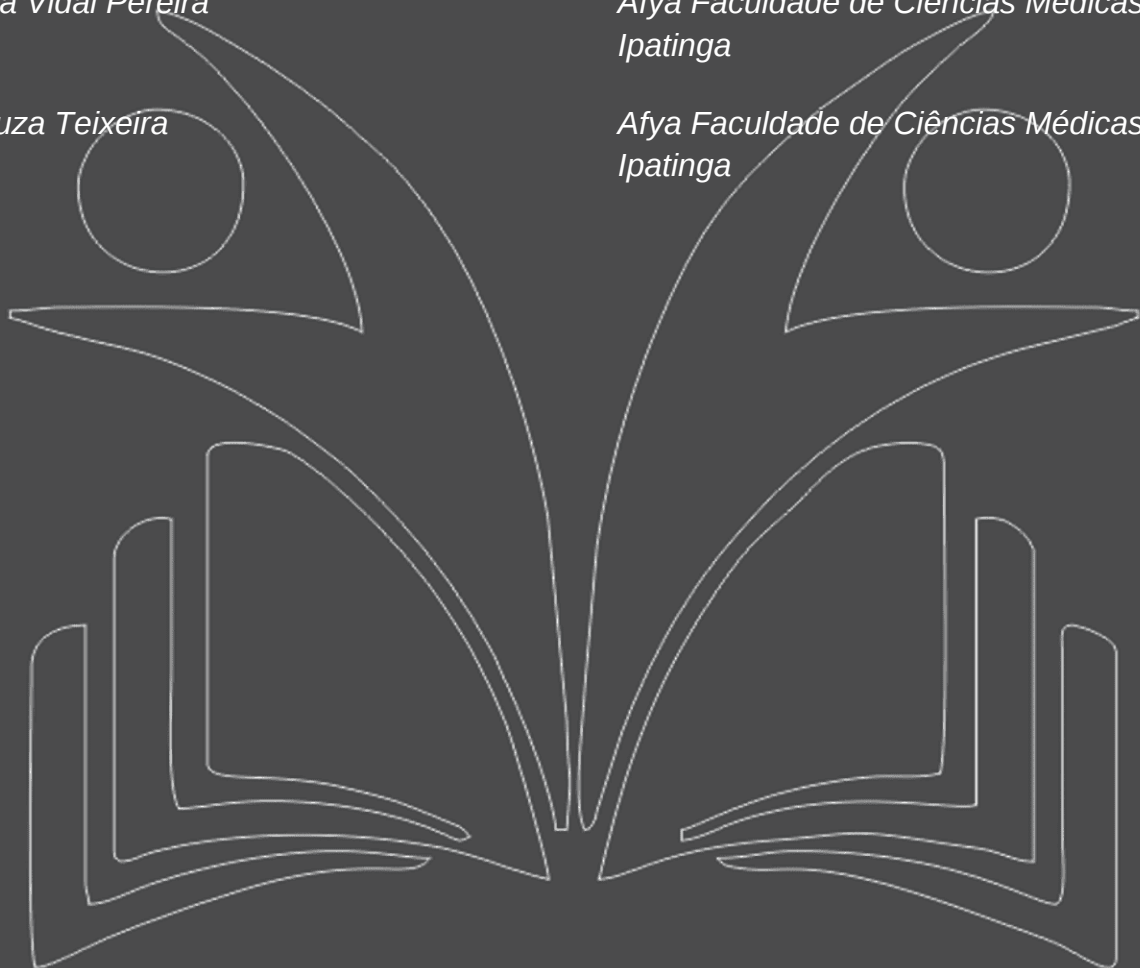
Juliana Silva Vidal Pereira

Daniele Souza Teixeira

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*



PREFÁCIO

Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte (DameCicely Saunders, em frase clássica da abordagem em cuidados paliativos). É fundamental ressaltar a importância dos cuidados paliativos na melhoria da qualidade de vida do paciente, ao mesmo tempo em que proporciona dignidade durante o processo de enfrentamento da morte, e oferece suporte emocional e espiritual à família do enfermo. O propósito subjacente aos cuidados paliativos é fornecer um método de assistência que acolha não apenas o paciente, mas também seu cuidador e seus entes queridos, fornecendo o apoio necessário para lidar com esse momento delicado

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, vêm-se observando o envelhecimento da população mundial, graças aos avanços da medicina. Souza LC, et al. (2022) relatam que o desenvolvimento tecnológico e científico tem possibilitado o diagnóstico precoce de muitas enfermidades, antecipando a terapêutica adequada. Isso possibilita maiores oportunidades de cura e prolongamento do tempo de vida. Contudo, apesar desses progressos, algumas doenças especialmente crônicas, persistem e causam limitações que requerem cuidados específicos e adaptações significativas no estilo de vida e em muitos casos um tratamento com ênfase em conforto e dignidade, quando já se esgotaram todas as possibilidades curativas.

As indicações de cuidados com ênfase em suporte paliativo envolvem pacientes com câncer, doenças neurológicas degenerativas, como o Parkinson, esclerose múltipla e Alzheimer, doenças crônicas degenerativas (como a artrite), AIDS em estágios avançados, doenças congênitas e genéticas, além das doenças relacionadas à falência orgânica (como nas cardiopatias, que podem cursar com insuficiência cardíaca, pneumopatias e doença renal crônica), acidentes traumáticos e estados de coma irreversível. Envelhecimento e cronicidade requerem dos sistemas de saúde maior foco em políticas voltadas a pessoas com doenças avançadas e necessidades paliativas. (OLIVEIRA MHM, et al., 2021; SOUZA LC, et al., 2022).

A qualidade de vida desempenha um papel fundamental nos cuidados paliativos, pois representa o alicerce onde se baseia todo o processo de cuidados. Proporcionar conforto, dignidade e apoio integral a pacientes portadores de doenças graves e terminais não é apenas uma questão de dignidade e alívio de sintomas físicos como dor e/ou desconfortos, mas também de promover o bem-estar emocional, psicológico, social e espiritual, como descrito por Freire MEM, et al. (2018).

Alves RSF, et al. (2019) concordam que ao priorizar a qualidade de vida, os cuidados paliativos possibilitam não apenas aliviar o sofrimento físico, como também proporcionam uma possibilidade de os pacientes explorarem e encontrarem significado em suas vidas durante os momentos finais, ressignificando a morte eminente. Tal experiência pode resultar em uma despedida mais serena e gratificante tanto para o paciente quanto para seus entes queridos. Através da ênfase na qualidade de vida, os cuidados paliativos confirmam a unicidade de cada paciente e buscam atender às suas necessidades individuais, respeitando seus desejos, valores e metas. Sua relevância vai além do paciente e se estende aos familiares e cuidadores. Oferecer um ambiente de suporte emocional,

educação e comunicação eficaz contribui significativamente para reduzir o sofrimento de todos os envolvidos no processo, garantindo uma experiência mais humanizada e compassiva.

BREVE CONCEITUAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS E QUALIDADE DE VIDA

Como descrito por D'Alessandro MPS, et al. (2023), a compreensão e definição de cuidados paliativos pela Organização Mundial de Saúde vem sendo elaborada e atualizada ao longo de seu processo de definição, determinando que consiste de uma abordagem que incrementa qualidade de vida a pacientes adultos e/ou crianças e famílias que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras à vida, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais. Os mesmos autores definem como doença grave e ameaçadora à vida quaisquer doenças (agudas ou crônicas), ou inúmeras condições de saúde associadas a elevado grau de mortalidade, com prejuízos à qualidade de vida e funcionalidade do indivíduo, secundários a sintomas ou tratamentos, acarretando dependência de cuidados e possível sobrecarga do cuidador responsável. Desta forma, doenças ameaçadoras à vida, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamentos curativos, despertam-nos a necessidade de um olhar e abordagem para o cuidado amplo e complexo, em que haja interesse pela totalidade da vida do paciente e com respeito ao seu sofrimento e ao de seus familiares.

Justino ET, et al. (2020) descreve que os cuidados paliativos são atualmente definidos como cuidados holísticos ativos, oferecidos a indivíduos de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento correlacionado à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que frequentemente encontram-se no final da vida.

Já a qualidade de vida, inclui segundo Santos VNM, et al. (2020) a percepção do indivíduo em relação às influências sociais, culturais, políticas e econômicas no contexto de sua vida, no intuito de alcançar seus objetivos, projetos e expectativas, possibilitando-lhe oportunidades de escolhas e assim refletindo em sua autonomia e sua satisfação com a vida. Oliveira MHM, et al. (2021) descrevem o conceito de qualidade de vida proposto pela Organização Mundial de Saúde em 1946, como o mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Este conceito vai de encontro à definição de saúde proposto pelo mesmo órgão. Os mesmos autores afirmam que pode-se considerar este conceito como algo subjetivo e abstrato, ou seja, incide na análise do paciente no que diz respeito à própria saúde ao considerar os impactos sentidos em todos os aspectos de sua vida, sendo evidente o que a progressão da doença exerce na percepção da sua qualidade de vida.

QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS

D'Alessandro MPS, et al. (2023) descrevem que a necessidade por cuidados paliativos vem crescendo progressivamente nos últimos anos e a tendência é que a demanda por esse tipo de cuidado na fase final de vida dobre até o ano de 2060. Os mesmos não estão voltados exclusivamente aos pacientes oncológicos, mas também àqueles com doenças ameaçadoras à vida. Sem perspectiva de tratamento curativo, eles também têm sido beneficiados com esta abordagem, que também se aplicam aos familiares.

Cecconello L, et al. (2022) relatam que a minimizar sofrimento e preservar a vida são princípios que orientam e/ou complementam a prática médica. No entanto, quando se trata de um paciente terminal, é preciso que a ênfase na preservação da vida acima de tudo deixe de ser atribuída, já que a morte torna-se um desfecho esperado e não deve ser obstaculizada. Isso não implica, no entanto, que não sejam aplicadas medidas terapêuticas, uma vez que o paciente e sua família necessitem de cuidados específicos. O médico e a equipe de saúde que assistem este doente devem, do ponto de vista ético, adotar abordagens específicas para alívio do sofrimento. Esse momento vai de encontro à abordagem dos cuidados paliativos.

Alves RSF, et al. (2019) descrevem que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados paliativos apresentam uma abordagem que valoriza a qualidade de vida dos doentes e seus familiares no que diz respeito ao enfrentamento dos desafios secundários às doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. Nesse contexto, verificamos que promover a qualidade de vida em cuidados paliativos é uma tarefa complexa e multifacetada que requer uma abordagem holística e multidisciplinar, compreendendo o alívio da dor e outros sintomas associados, correlacionando-os ao bem-estar emocional, social e espiritual do paciente. A comunicação aberta e honesta é fundamental, permitindo que os pacientes compartilhem e/ou tomem decisões acerca de seu próprio cuidado. O apoio à família é crucial, pois eles também são afetados pela doença do paciente. Ao equilibrar esses elementos, os cuidados paliativos podem melhorar significativamente a qualidade de vida de todos os envolvidos, durante um período desafiador, trazendo “mais vida” ao fim da vida.

Por outro lado, apesar do conceito anteriormente apresentado, Castro MCF, et al. (2021) relatam que apesar da abordagem dos cuidados paliativos ter como meta prover conforto e dignidade aos pacientes e suas famílias, muitos doentes, enfrentando doenças avançadas, ainda experimentam

desconforto pelo fato dos profissionais envolvidos continuarem a priorizar o conforto físico em detrimento de outros aspectos inerentes ao processo de adoecimento. A incapacidade em capturarmos completamente a natureza da dor se deve ao fato desta ser uma experiência única e individual. Nossa resposta à dor não é necessariamente dependente de sua intensidade, mas também de fatores como cultura, experiências vivenciadas no passado, estado de espírito, além de aspectos psicossociais e espirituais.

A compreensão da dor e do sofrimento assume uma perspectiva distinta quando o foco dos cuidados não é mais a cura. Levar em consideração a percepção do paciente quanto à sua necessidade de conforto desempenha um papel fundamental na orientação da prática de cuidados paliativos, resultando em intervenções e atividades no alívio do sofrimento e na melhoria da qualidade de vida. Dado que os pacientes são os destinatários do cuidado de conforto, é aconselhável que, sempre que possível, participem nesse processo dinâmico e sejam incentivados a encontrar suas próprias fontes de conforto, se preciso, com uma pessoa e/ou profissional como facilitadores desse processo (CASTRO MCF, et al. 2021). Nesse contexto, destaca-se a importância da individualização do plano terapêutico e integralidade da assistência no cuidado em saúde (CECONELLO L, 2022).

Radbruch L, et al. (2020) relatam a dificuldade de encontrar profissionais especialistas nesta área. Tal cenário deve mudar nos próximos anos, uma vez que vem crescendo a disponibilidade de estudos, cursos de formação e publicações nesta área. Mendes PB, et al. (2022) inclusive inferem ser fundamental que o médico que trabalha nessa área desenvolva seu conhecimento, sendo relevante o aprimoramento dos modelos de formação na área e na educação médica no Brasil no intuito de compreender as características desse profissional, identificando perfil sociodemográfico, formação profissional e atividade de trabalho.

Diante da possibilidade de terapêuticas alternativas, faz-se necessário uma equipe capacitada e cientificamente embasada. Quintal V e Reis-Pina P (2020) afirmam que a terapia assistida por animais pode ser de grande utilidade terapêutica em cuidados paliativos, contribuindo na redução da dor e sofrimento dos doentes, podendo assim aumentar a qualidade de vida. Esse tipo de intervenção terapêutica envolvendo uma interação entre seres humanos e animais, geralmente com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Essa forma de terapia tem demonstrado diversos benefícios para a saúde física, emocional e psicológica das pessoas em uma variedade de contextos, trazendo melhora do bem estar emocional, aumento da autoestima e autoconfiança, melhora da interação social, estímulo físico, alívio do isolamento, redução de estresse, sensação de bem estar e conforto.

Para sua real efetividade, segurança e eficácia, é importante que a terapia com animais. A escolha do tipo de animal e a abordagem terapêutica devem ser adaptadas às necessidades individuais de cada pessoa, especialmente quando o paciente não tem animais de estimação previamente e que possam ser o elo neste processo.

HospiceCare, um modelo de atendimento domiciliar em cuidados paliativos, permite que os pacientes permaneçam em casa, cercados por seus entes queridos, enquanto recebem cuidados especializados, conforto físico e apoio emocional crucial. A terapia ocupacional desempenha um papel vital na promoção da independência dos idosos em cuidados paliativos, auxiliando-os a lidar com limitações físicas e realizando atividades diárias de forma autônoma, oferecendo um senso de realização. A terapia de reminiscência, envolvendo o registro de memórias e experiências passadas, demonstrou melhorar o bem-estar emocional, reduzir a depressão e proporcionar significado na vida dos idosos em cuidados paliativos, permitindo-lhes processar suas histórias de vida e encontrar conforto nas lembranças. Estas são práticas as quais trazem melhorias na qualidade de vida como demonstrado por Faria MR, et al., (2023).

A fisioterapia também desempenha um papel importante, ao promover o controle dos sintomas, principalmente dor e dispneia, mantendo ou maximizando as habilidades e atividades funcionais, favorecendo a manutenção da autonomia do paciente diante das atividades de vida diária, além de promover educação e orientação aos cuidadores. O fisioterapeuta, após avaliação criteriosa, estabelecerá um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios distintos, conforme a funcionalidade encontrada. Dentre eles, condutas que vão desde o posicionamento e orientação quanto às mudanças de decúbito e transferências, bem como mobilização global, exercícios de coordenação motora e equilíbrio, com priorização das condições ventilatórias, por meio de treino e orientação de exercícios respiratórios, manobras que favoreçam a retirada de secreções quando presentes, assim como orientações quanto à aspiração traqueal e estímulo de tosse. Eletroterapia como o TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), e suporte ventilatório não invasivo para controle da dispneia também podem ser utilizadas (CHAVES MSRS, et al., 2022).

Durante o período de cuidados paliativos, é comum que tanto a família quanto o paciente se sintam limitados pelas restrições de tratamento. Por essa razão, é essencial que uma equipe multidisciplinar promova e incentive novas fontes de prazer para o paciente. Isso pode ser realizado com o intuito de minimizar os efeitos colaterais do tratamento, através de sugestões de atividades de lazer incluídas,

como a prática de atividades físicas, desde que seja solicitada pela equipe de saúde e não represente riscos para o organismo já enfraquecido. Além disso, inclui a apreciação de música, a leitura de livros e a possibilidade de assistir a filmes, tudo isso envolve proporcionar uma sensação de bem-estar e fomentar uma interação harmoniosa entre o paciente, sua família e os profissionais de saúde (PULGA G, et al., 2020).

A forma de intervenção e interação da equipe multidisciplinar representa um papel fundamental nos cuidados paliativos. Isso implica na cooperação de uma equipe variada de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos, que atuam em conjunto com o propósito de atender às demandas complexas dos pacientes realizando um cuidado centrado no paciente e não somente na doença, abordando todas as suas necessidades, lembrando sempre de envolver ativamente o paciente nas discussões sobre seu plano de cuidados (FARIA MR, et al., 2023).

CUIDADOS DE FIM DE VIDA E TERMINALIDADE

Cecconello L, et al. (2022) declararam que considerar um paciente em estado terminal implica considerar que os recursos de cura se esgotaram e que a morte é iminente. Entretanto, esse diagnóstico não deve ser motivo para negligência nas condutas e cuidados. Pelo contrário, é fundamental oferecer ao paciente e à sua família todas as medidas disponíveis no momento. A morte passa a ser encarada como um rompimento pelo sofrimento, deixando de ser temida e combatida. As intervenções, a partir de então, passam a se concentrar no conforto e na redução da dor, tornando o tempo de vida limitado o mais satisfatório possível para o paciente.

É fundamental neste período o controle de sintomas para qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. Destes, o mais prevalente e significativo é a dor. Ela é um sintoma individual, subjetivo e único. Sua percepção pode sofrer influência de muitos fatores advindos da história de vida do paciente (OLIVEIRA MHM, et al., 2021).

Silva IBS, et al. (2020) corroboram que nos pacientes que apresentam quadro clínico fora de possibilidades terapêuticas curativas, o tratamento precisa estar voltado para o controle da dor e de sinais e sintomas pouco controláveis, como náuseas, vômitos, anorexia, fadiga, depressão, ansiedade, constipação, dentre outros. Sendo assim, o cuidado paliativo como uma abordagem que visa a dar suporte aos pacientes e familiares, promovendo o aumento da qualidade de vida. Recomenda-se essa abordagem desde o momento diagnóstico para todos os pacientes com doenças graves, progressivas

e incuráveis, as quais ameacem à continuidade da vida. Nesse aspecto, pacientes oncológicos devem ter esse tipo de cuidado integrado ao tratamento desde o diagnóstico e não apenas no final da vida, uma vez que a terapêutica paliativa busca promover uma sobrevivência pelo maior tempo possível com preservação do máximo possível de qualidade de vida.

Menezes MS e Figueiredo MGMCA (2019) discutem a sedação paliativa. Esta consiste de uma opção de alívio de dor e sofrimento aos pacientes no fim da vida, secundários a sintomas refratários, principalmente dispneia e delirium, após terem sido esgotadas todas as opções disponíveis de terapias e tratamento. A decisão e opção pela sedação paliativa consiste em discussões e concordância da equipe, explicação e esclarecimentos prévios ao paciente e/ou à família, elucidação de dúvidas. A mesma pode ser realizada em unidades hospitalares ou em domicílio, geralmente com o fármaco Midazolam. Outros podem ser associados como neurolépticos (se presença de delirium). A monitorização desses pacientes se consiste de observar e proporcionar conforto, alívio dos sintomas e avaliação de efeitos adversos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, observamos a necessidade e importância de atentar-se à qualidade de vida em cuidados paliativos. Ela é o objetivo central dos cuidados paliativos, uma vez que coloca o foco no paciente como um ser humano integral e oferece a dignidade, o conforto e o apoio necessário durante um período tão desafiador. Garantir a qualidade de vida nesse contexto não apenas melhora a experiência de cuidados, mas também honra a vida e a dignidade de cada indivíduo que enfrenta uma doença grave ou terminal.

Garantir a qualidade de vida em cuidados paliativos representa um pilar essencial na área da saúde. A ênfase na mitigação do sofrimento, no apoio emocional e espiritual, na participação ativa do paciente nas decisões e na aplicação de abordagens que envolvem diferentes disciplinas e estratégias eficazes, como terapias específicas, viabiliza a oferta de dignidade e conforto para aqueles que enfrentam desafios no final de suas vidas. Essa abordagem não beneficia apenas o paciente, mas também reflete um ato compassivo em relação às suas famílias. A busca contínua por aprimoramento nos cuidados paliativos é uma prioridade, garantindo que todos tenham a oportunidade de vivenciar seus últimos momentos com a melhor qualidade de vida possível.

REFERÊNCIAS

- ALVES RSF, et al. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicolciencprof* [Internet]. 2019;39:e185734
- CASTRO MCF, et al. Total pain and comfort theory: implications in the care of patients in oncology palliative care. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021;42:e20200311.
- CECCONELLO L, et al. Condutas éticas e o cuidado ao paciente terminal. *RevBioét* [Internet]. 2022Apr;30(2):405–12.
- CHAVES MSRS, et al. Fisioterapia e cuidados paliativos: um relato de experiência na residência multiprofissional. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 2022. V.14. n3.
- D’ALESSANDRO MPS, et al. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. 424p. (Programa de Cuidados Paliativos no SUS – Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar, 2021 - 2023, do PROADI-SUS). Disponível em <https://proadi-sus.org.br/manual-cuidados-paliativos.pdf>. Acessado em 12 out 2023.
- FARIA MR, et al. Cuidados Paliativos em Geriatria: Um estudo dos princípios e práticas dos cuidados paliativos para idosos, com foco na melhoria da qualidade de vida e no alívio do sofrimento. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2023, v. 5, n. 5, p. 460–472.
- FREIRE MEM, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Texto contexto Enferm* [Internet]. 2018;27(2):e5420016.
- FONSECA DF, et al. Integração com a Atenção Primária à Saúde: Experiência de uma Unidade de Referência em Cuidados Paliativos Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2021; 67(4): e-011327.
- JUSTINO ET, et al. Palliative care in primary healthcare: scoping review. *RevLat Am Enfermagem*. 2020 Jul 1;28:e3324.
- MENDES PB, et al. Perfil do médico que atua em cuidados paliativos no Brasil. *RevBioét* [Internet]. 2022Oct;30(4):837–49.
- MENEZES MS, FIGUEIREDO MGMCA. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos – Revisão. *Rev Bras Anesthesiol*. 2019;69(1):72-77.
- OLIVEIRA MH, et al. Qualidade de vida em cuidados paliativos: a estreita relação entre a saúde do corpo e da alma. *Brazilian Journal of Development*, 2021. Curitiba, v.7, n.6, p. 60140-60157.
- PULGA G, et al. O trabalho da equipe multidisciplinar na melhoria da qualidade de vida de pacientes em estágio terminal com foco nos cuidados paliativos. *Unoesc & Ciência - ACBS*, 2020, v. 10, n. 2, p. 163–168.
- QUINTAL V, REIS-PINA P. Animal-Assisted Therapy in Palliative Care. *Acta Med Port*. 2021 Oct 1;34(10):690-692. doi: 10.20344/amp.13164. Epub 2020 Sep 15.

RADBRUCH L, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. J Pain Symptom Manage. 2020 Oct;60(4):754-764.

SANTOS VNM; et al. Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares e Desafios da Prática Médica diante da Finitude da Vida. Rev. Bras. Cancerol., 2020. 66(4):e-02423.

SILVA IBS, et al. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia 2020; 66(3): e-121122.

SOUZA LC de, et al. Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. Acta paul enferm [Internet]. 2022;35:eAPE01806.

Capítulo 5



10.37423/240408927

MANEJO DA DOR

Giani Martins Garcia

Carolina Moraes Guimarães

Débora Cristina Silva Martins

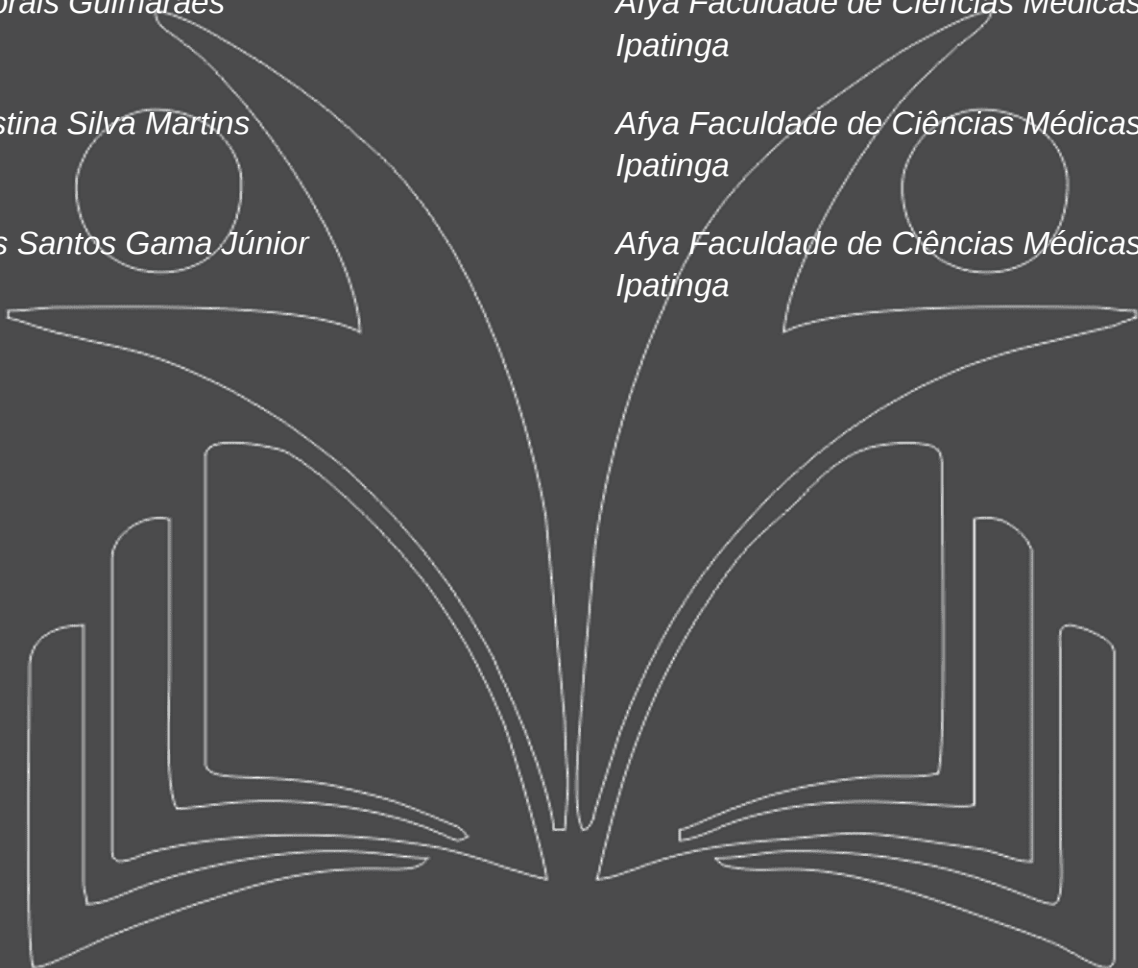
Maurilio dos Santos Gama Júnior

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

A dor crônica é uma condição muito presente em pacientes sob cuidados paliativos, impactando de forma significativa na qualidade de vida desses indivíduos. Os manejos terapêuticos mais utilizados atualmente incluem o uso de analgésicos, anti-inflamatórios, opioides, antidepressivos tricíclicos e antiepiléticos, que embora sejam capazes de melhorar substancialmente a qualidade de vida desses pacientes, estão associados a tolerância, dependência e inúmeros efeitos colaterais extremamente prejudiciais.

Nesse cenário, os canabinoides extraídos da cannabis têm demonstrado resultados surpreendentes no alívio da dor em pacientes de cuidados paliativos, resultado este alcançado em doses inferiores às terapias convencionais. Além disso, o uso de canabinoides tende a minimizar os efeitos adversos e os graus de tolerância e dependência, proporcionando assim uma melhora substancial na qualidade de vida dos pacientes sob tais cuidados.

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência subjetiva, variando significativamente em sua mensuração, sendo difícil ser quantificada com exatidão. A depender de sua intensidade, a dor inclusive pode afetar os sinais vitais e até mesmo alterar a hemodinâmica do indivíduo (VICENTE A, et al., 2022).

Em geral, a dor é classificada em aguda e crônica, sendo a dor aguda a que ocorre em período curto de tempo, frequentemente ligada aos sintomas de uma doença específica. Já a dor crônica é vista como uma condição médica independente, com uma duração extensa, tipicamente excedendo três meses, ou continuando mesmo após a cura da lesão que a causou inicialmente. Do ponto de vista neurofisiológico, as dores podem ser neuropáticas, originadas ou causadas por lesões ou doenças no sistema somatossensitivo, e nociceptivas, resultantes da ativação de vias nociceptoras, que são neurônios sensoriais espalhados pelo corpo e encarregados de transmitir a sensação de dor em resposta a estímulos (TELES LSV, et al., 2022).

Diversas recomendações tem sido realizadas para o manejo da dor em cuidados paliativos, como terapias farmacológicas, intervenções não farmacológicas e combinações (VIANA VVP, et al., 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe um protocolo para o manejo da dor baseado na “escada analgésica” que inclui uma abordagem escalonada com o uso de analgésicos, anti-inflamatórios, fármacos adjuvantes e opioides, focando em dores nociceptivas e mistas. Para dores crônicas neuropáticas, recomenda-se antidepressivos tricíclicos e antiepilépticos, reservando opioides para casos mais resistentes ao tratamento. Apesar de serem analgésicos eficazes, o uso contínuo de opioides pode levar a tolerância, necessitando de doses maiores para o mesmo efeito analgésico, aumentando assim o risco de efeitos adversos, dependência e abuso da substância (MATIAS GFS, et al., 2022).

Os analgésicos tem grande relevância nesse cuidado, sendo que geralmente são utilizados opioides em doses crescentes. Contudo, mesmo na disponibilidade de várias alternativas para controlar esse quadro, é muito comum que pacientes em cuidados paliativos não tenham sua dor adequadamente controlada, o que pode ser explicado pela aversão aos efeitos colaterais, crenças, cultura, escassez de informação e mesmo falta de aptidão dos profissionais sobre as escolhas mais plausíveis de medicamentos (VIANA VVP, et al., 2023).

Diante desse contexto, o uso da “cannabis” tem gerado entusiasmo na comunidade acadêmica, já que inúmeros estudos já demonstram seus benefícios nesses pacientes. A terminologia “cannabis” se

refere a um gênero de plantas pertencentes à família Cannabaceae. Tais plantas são popularmente conhecidas devido aos seus compostos aromáticos e canabinoides, sendo os últimos mais atrelados aos fins medicinais. Os canabinoides mais estudados são o tetraidrocaninol delta 8 ($\Delta 8$ -THC), o tetraidrocanabinol delta 9 ($\Delta 9$ -THC), mais conhecidos como THC e o canabidiol (CBD). O THC associa-se mais a propriedades psicoativas, podendo levar a dependência, enquanto com o CBD esses efeitos não ocorrem, sendo por isso, preferido no uso medicinal (OLIVEIRA HA, 2022).

A história do uso da *Cannabis sativa*, uma variante da planta, tem seu uso medicinal datado desde os tempos neolíticos, comprovado por meio de fósseis encontrados há cerca de 12.000 anos atrás, na Ásia Central, na qual, já era consumida como alimento, na confecção de tecido e administrada como fármaco. No Egito Antigo, por exemplo, em 1550 a.C, esta planta desempenhou um papel significativo com registro de mais de 700 formulações médicas, das quais incluíram tratamento da dor, manejo dos transtornos emocionais e até mesmo como forma de promover o bem-estar (PIERRO NETO PA, 2023).

Entretanto, a *Cannabis sativa* passou a ser muito utilizada para fins recreativos que, por vezes, resultou em dependência aos usuários, fazendo com que diversos países, inclusive o Brasil, optassem por proibir seu cultivo, consumo e refino das suas substâncias. Isso culminou no adiamento de pesquisas e até mesmo atrasos de suas utilidades terapêuticas por longos períodos. Somente após 1964 com a exploração do THC e 1992 com a descoberta de um neurotransmissor presente no sistema endocanabinóide que os estudos foram impulsionados (OLIVEIRA HA, 2022).

O uso dos canabinoides tem demonstrado efeitos positivos sobre diversas patologias e comorbidades, melhorando a qualidade de vida dos usuários que contemplam seus feitos medicinais. Dentre sua vasta atuação, ressalta-se o uso no tratamento da hiporexia, ganho de peso, náuseas, vômitos, dor, manejo da espasticidade na esclerose múltipla ou lesão medular, sintomas neuropsiquiátricos nas demências, e vários outros campos de atuação (ANCP, 2020).

DOR CRÔNICA EM PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A temática da dor crônica tem sido foco de discussões, associada ao aumento da taxa de expectativa de vida e com isso aumento da população idosa. Associado a este cenário, estimativas apontam que a dor crônica possui uma prevalência global que varia entre 10,1% a 55,5%. No cenário brasileiro, estima-se essa condição afete entre 39% e 76% da população (VASCONCELOS FH e ARAÚJO GC, 2018).

Em pacientes com câncer, uma das condições em que há maior número de pessoas em cuidados paliativos, a dor pode ser constante ou intermitente e de localização pontual ou sistêmica. Ainda,

nesses pacientes a dor pode se relacionar ao mecanismo direto da invasão do tumor, em decorrência aos exames diagnósticos invasivos (biópsia), ou das terapias empregadas como cirurgia, quimioterapia ou radioterapia e ainda pode ser decorrente da condição de saúde mental do paciente como depressão, ansiedade e catastrofização (MELLO BS, et al., 2019).

A dor crônica é uma experiência sensitiva e emocional desagradável que se associa a uma lesão tecidual ou potencial, mas caracterizada por persistir ou repetir por um período superior a três meses. Tal natureza engloba múltiplas dimensões que não se restringem apenas ao físico, incluindo também as esferas psicológicas, emocionais, sociais e espirituais (KANEMATSU JS et al., 2022).

Seu tratamento é uma parte fundamental dos cuidados paliativos e age com foco na melhoria da qualidade de vida dos pacientes que necessitam desses cuidados. Porém, sua gestão pode ser algo desafiador devido a sua natureza e à crescente sensibilidade aos medicamentos, bem como aos seus efeitos colaterais(VIANA VVP, et al., 2023).

AÇÃO NO SISTEMA ENDOCANABINOIDE

A *Canabis sativa* possui cerca de 545 componentes químicos já relatados. Destes, os canabinóides são os de maior relevância no tratamento da dor crônica. São justamente esses compostos que atuam no sistema endocanabinoide humano e desempenham as inúmeras aplicações supracitadas (CYR C, 2018).

O THC é o composto farmacologicamente mais ativo, sendo o responsável pelos efeitos psicoativos e físicos da planta, sendo capaz de modular vias de dor envolvendo opioides e tendo como benefícios terapêuticos o alívio do desconforto físico, melhora do sono, redução da espasticidade, náuseas e estímulo do apetite. Em contrapartida, o CBD é o segundo composto mais prevalente, e possui efeitos dissociativos mínimos e por vezes nulos. A proporção desses componentes pode variar de acordo com o extrato obtido. Esses componentes atuam sobre o sistema endocanabinoide que executa efeitos centrais e periféricos de regulação, mas seu mecanismo completo ainda não é completamente elucidado (ANCP, 2020).

Os principais receptores relacionados ao mecanismo de ação são o CB1 e o CB2. O receptor CB1 se localiza nos neurônios centrais e periféricos, afeta a cognição, a memória, o controle das funções motoras e a analgesia. O receptor CB2 é encontrado principalmente em células imunes, alterando a liberação de citocinas e migração celular no sistema nervoso central e periférico. O CB1 é o receptor canabinoide principal, mais abundante no cérebro e atuando como agonista. O THC é o principal

ingrediente bioativo da Cs e tem capacidade de se ligar tanto ao receptor CB1 como ao CB2 com igual afinidade, imitando os efeitos dos canabinóides endógenos (SENDEROVICH et al., 2021).

Por sua vez, os receptores CB2 possuem maior afinidade ao CBD e assim interagem na resposta à dor. Contudo, algumas referências científicas abordam que em determinadas concentrações, o CBD parece não se conectar de forma clinicamente relevantes aos receptores CB1 ou CB2, o que explicaria a escassez ou nulidade dos efeitos psicoativos mediados pelo THC. O CBD atua no potencial transitório do receptor e aumento da atividade da serotonina 5-HT_{1a} (subtipo de receptor 5-HT que se une aos neurotransmissores de serotonina endógenos). Essa molécula biológica desempenha um importante papel no sistema nervoso, com diversas funções, como a liberação de alguns hormônios, regulação do sono, temperatura corporal, apetite, humor, atividade motora e funções cognitivas (VANDOLAH HJ, et al., 2019).

Suas aplicações nas terapias incluem efeitos como anti-inflamatórios, ansiolíticos, analgésicos, assim como apresenta benefícios em queixas de náuseas, vômitos, patologias isquêmicas e epiléticas (MATIAS GFS, et al., 2022; CYR C, 2018).

Desse modo, o sistema endocanabinoide é um mecanismo fisiológico que funciona mesmo na ausência dessas substâncias, como CBD e THC. Este possui como função manter o equilíbrio energético, regulação de gorduras e carboidratos, por meios dos receptores CB1 e CB2, agonistas endógenos como anandamida e 2-araquidonoil-glicerol (2-AG), sintetizados nos neurônios pós-sinápticos e as enzimas responsáveis tanto pela produção quanto destruição dessas substâncias. Os endocanabinoides após serem liberados agem nos neurônios pré-sinápticos onde desempenham suas funções fundamentais para a homeostase corporal (ROCHA GG, 2023).

FORMULAÇÕES E MÉTODOS DE APRESENTAÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, maior incidência de comorbidades incuráveis e progressivas, a utilização terapêutica da *Cannabis sativa* tem ganhado cada vez mais espaço no tratamento paliativo. Visto isso, é importante ressaltar a necessidade de um plano singular atendendo às particularidades de cada paciente, dessa forma, diversas apresentações de produtos canábicos (PC) são ofertadas aos pacientes (CYR C, et al., 2018).

Atualmente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) permite a utilização de 19 PCs, todos registrados no Brasil. Dentre elas, cita-se os medicamentos à base de CBD, medicamentos à base de THC, extrato de cannabis, sprays e óleos orais, produtos de cannabis em pó, supositórios, cápsulas,

vaporizadores, pomadas e cremes. A inalação, seja por meio da fumaça gerada pela queima de material vegetal ou por vaporização, permanece uma via de administração popular, pois os efeitos são rapidamente percebidos, permitindo um ajuste mais preciso das doses. Apesar de um extenso estudo retrospectivo não ter encontrado correlação entre o consumo de cannabis através da fumaça e o câncer de pulmão, é importante desencorajar o ato de fumar devido aos riscos de inflamação brônquica (CYR C., et al., 2018).

A escolha da via de administração da substância dependerá das preferências e adequações individuais do tratamento, sendo importante considerar as concentrações, dosagens e regulamentações. Em relação às doses necessárias, há uma variação considerável e influências da necessidade individual do paciente e pela tolerância aos efeitos colaterais. O THC geralmente é considerado seguro, no entanto, devido a essa ampla margem de segurança, alguns pacientes podem inadvertidamente consumir quantidades excessivas, resultando em efeitos colaterais indesejados e um aumento na tolerância ao medicamento (DANTAS ASCL, et al., 2023; CYR C, et al., 2018).

BENEFÍCIOS E EFEITOS COLATERAIS

Os cuidados paliativos compreendem um conjunto de abordagens interdisciplinares que priorizam o bem-estar holístico de indivíduos com doenças crônicas e graves, em que a cura ou controle da condição não são possíveis. Devido à complexidade desses cuidados, eles requerem uma atenção integrada e coordenada, com foco especial nos sintomas relatados pelos pacientes. Estudos revelam que pacientes queixam-se geralmente de 8 a 12 sintomas, sendo eles, fadiga, dor, anorexia, caquexia, dispneia, ansiedade e depressão (EVANGELISTA CB,et al., 2021; CYR C, et al., 2018).

Nesse âmbito, vale ressaltar que o sintoma de maior relevância nos cuidados paliativos é a dor crônica, na qual leva a uma maior incapacidade e perda da qualidade de vida desses pacientes. A compreensão da dor como uma queixa complexa e central nos cuidados tem ampliado pesquisas de terapias inovadoras, visando aprimorar a qualidade de vida dos pacientes. Nesse contexto, o CDB emerge como uma opção farmacológica para o controle da dor crônica em cuidados paliativos, representando uma alternativa promissora que ainda está sendo investigada quanto ao seu potencial (PUNGIRUM GS, et al., 2022).

Apesar da ampla gama de tratamentos medicamentosos disponíveis, o manejo da dor crônica permanece como um dos principais desafios no campo da saúde, particularmente quando se trata de cuidados paliativos (GOOD P, et al., 2019).

Alguns efeitos adversos do uso da *Cannabis sativa* já têm sido correlacionados a mudanças no comportamento e na saúde mental que têm implicações clínicas, incluindo sintomas como ansiedade, estados de euforia, comprometimento da coordenação motora, lentidão, entre outros. Efeitos psiquiátricos também podem surgir nos usuários regulares da substância, que possuem duas vezes mais chances de desenvolver psicose e esquizofrenia. Além disso, destaca-se efeitos sistêmicos, como aumento do risco cardiovascular devido a vasoconstrição cerebral, interrupção da homeostase no trato gastrointestinal via ativação do receptor CB1, inflamação das vias aéreas semelhante aos usuários de tabaco e diminuição da produção de testosterona resultando, posteriormente, em infertilidade nos homens. Outrossim, é importante ressaltar que o uso regular da *Cannabis sativa* pode ocasionar dependência caso não haja cumprimento às recomendações e prescrições (GARCIA JBS, et al., 2023; BARBOSA NETO JO, 2023).

Portanto, diante do exposto, nota-se que para o uso a longo prazo da *Cannabis sativa* no cuidado paliativo deve ser avaliado o risco-benefício e rigoroso acompanhamento pelo profissional. Os dados da literatura continuam a apresentar contradições e limitações em relação aos efeitos adversos da planta, sendo evidente que há uma demanda substancial por pesquisas adicionais e progressos na compreensão mais aprofundada desses efeitos, tanto no contexto do uso não medicinal quanto sob acompanhamento médico (GARCIA JBS e BARBOSA NETO JO, 2023).

Por outro lado, pesquisas indicam o potencial terapêutico do THC, do CBD ou da combinação de ambos na redução das dores crônicas enfrentadas por inúmeros pacientes em todo o mundo no contexto de cuidados paliativos. Esses resultados promovem o incentivo à contínua investigação, não apenas desses componentes da *Cannabis sativa*, mas também de outros extratos que estão em estágios iniciais de pesquisa (PUNGIRUM GS, et al., 2022).

QUESTÕES ÉTICAS

A prescrição, dispensação, monitoramento e fiscalização de canabinoides no Brasil para fins medicinais possuem requisitos definidos na resolução da Anvisa RDC 301/19. Nesta, estabelece-se que os compostos químicos denominados fitocannabinoides, como o THC e o CBD, devem conter principalmente o CBD e não exceder 0,2% THC, sendo que a sua utilização é autorizada apenas por via oral ou nasal e é proibida a distribuição de qualquer outro meio, como amostras grátis ou manipulação de fórmulas magistrais (ANCP, 2020).

No Brasil, a prescrição de canabinoides naturais e sintéticos é regulamentada e restrita a médicos propriamente credenciados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio de notificação de receita "A" ou "B". A notificação de receita "B" é utilizada para os produtos com até 0,2% de THC, já a notificação de receita "A" para THC acima de 0,2%. Ademais, recomenda-se o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo paciente ou de seu representante legal, documento que deve conter explicações detalhadas do produto (ANCP, 2020).

A RDC nº335/20 estabelece os requisitos e os passos para a importação de produtos derivados da *Cannabis sativa*, a qual pode ser realizada pelo paciente ou seu representante legal e pode ser mediada para facilitar a assistência exclusiva e direcionada ao paciente previamente registrado na Anvisa. O cadastro é realizado eletronicamente pelo Portal de Serviços do Governo Federal, e faz-se necessário apresentar a prescrição contendo obrigatoriamente o nome do paciente e do produto, posologia, data, assinatura e número do registro do profissional prescritor em seu conselho de classe e sua aprovação dependerá da avaliação da Anvisa e será comunicada ao paciente ou seu representante legal por meio de autorização emitida pela agência. Esse cadastro é válido por dois anos e é preciso uma nova prescrição e preenchimento de um novo formulário caso haja alteração de produto ou posologia (ANCP, 2020).

Essa resolução também garante que o profissional deve averiguar que há a autorização do paciente ou de seu representante legal, revelando que ambos entendem e reconhecem a falta de comprovação da qualidade, segurança e eficácia dos produtos importados, bem como os eventos adversos que podem ocorrer, tornando-os completamente responsáveis pelo uso desses produtos (ANCP, 2020).

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O tratamento farmacológico tradicional da dor crônica é realizado de acordo com a escada analgésica de três degraus da OMS, levando em consideração a mensuração da dor em leve, moderada e grave. O uso de analgésicos, especialmente dos opioides, são parte dos cuidados aos pacientes com doença terminal com dor crônica, havendo relatos sobre a persistência da dor em alguns pacientes diante dessas estratégias de analgesia (SILVA RS, et al., 2020).

A escolha pela utilização dos canabidioides contém paradigmas e seu uso é recomendado como terapia de terceira linha ou como alternativa quando há falha das terapias farmacológicas padrão. Inúmeras condições patológicas, especialmente por suas propriedades anti-inflamatórias, antidepressivas e anticonvulsivantes possuem indicação do uso destas substâncias. Há estudos que

averiguan a aplicabilidade, segurança e efetividade do uso de metabólitos da *Canabis sativa* no manejo da dor e no alívio do sofrimento de pacientes com dor oncológica, dor crônica, espasticidade resultante da esclerose múltipla, epilepsia, doenças neurodegenerativas, dor neuropática não oncológica e efeitos antieméticos (PISANTI S e BIFULCO M, 2019; GREGÓRIO WW, et al., 2023; MORAIS MV, et al., 2023).

O diálogo com o paciente eletivo ao uso de canabidioides requer sensibilidade, empatia e um ambiente propício para discussão, sendo significativo entender os valores e convicções dos pacientes e seus familiares a respeito da abordagem terapêutica, com o intuito de tomar a conduta mais apropriada em cada situação. O profissional deve explicar de forma clara os riscos à saúde, as condições regulatórias, os cuidados da utilização, efeitos adversos, envolvendo o sistema nervoso central e distúrbios psiquiátricos. (PETZKE F, et al., 2022; GREGÓRIO WW, et al., 2023).

Conforme o aumento da quantidade de solicitações de *Cannabis sativa* para fins terapêuticos e diante dos novos níveis de evidência para assistência e manejo de sintomas, os profissionais de saúde, principalmente os especialistas da área de saúde que trabalham no âmbito dos Cuidados Paliativos, necessitam adquirir um entendimento mais profundo sobre a farmacocinética e farmacologia da cannabis medicinal, além de estarem dispostos a dialogar com os familiares e cuidadores dos pacientes acerca da utilização de compostos canabinoides, atrelando ao significado desse uso para o paciente (ANCP, 2020; PETZKE F, et al., 2022).

REFERÊNCIAS

- ANCP. Uso de canabinoides no contexto de Cuidados Paliativos. 2020. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/10/POSICIONAMENTO-ANCP-Uso-de-canabinoides-no-contexto-de-Cuidados-Paliativos-final.pdf>. Acessado em: 12 de outubro de 2023.
- CYR C, et al. Cannabis in palliative care: current challenges and practical recommendations. *And Palliat Med*, 2018; 7 (4): 463-477.
- DANTAS, ASCL et al. Desenvolvimento de metodologia para determinação de canabinoides em produtos à base de cannabis para fins medicinais. *Química Nova*, 2023; 46 (3): 282-289.
- EVANGELISTA CB, et al. Nurses' performance in palliative care: spiritual care in the light of Theory of Human Caring. *Revista brasileira de enfermagem*, 2021; 75 (1): e20210029.
- GARCIA JBS, BARBOSA NETO, JO. Efeitos adversos do uso dos canabinoides: qual paradigma de segurança?. *BrJP*, 2023; 6 (1): 38-43.
- GOOD P, et al. Oral medicinal cannabinoid to relieve symptom burden in the palliative care of patients with advanced cancer: a double-blind, placebo controlled, randomised clinical trial of efficacy and safety of cannabidiol (CBD). *BMC Palliative Care*, 2019; 18 (1): 1-7.
- GREGÓRIO WW, et al. O uso de canabinóides como adjuvante no tratamento da do oncológica: uma revisão sistemática. *Contribuciones a las ciencias sociales*, 2023; 16 (9): 16071-16082.
- KANEMATSU JS, et al. Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. *Revista de Medicina*, 2022; 101 (3): e192586
- MATIAS GFS, et al. Uso de Cannabis para tratamento da dor crônica: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 2022; 11(3): e25411326586.
- MELLO BS, et al. Nursing outcomes for pain assessment of patients undergoing palliative care. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 2019; 72(1): 64–72.
- MORAIS MV, et al. A eficácia e o poder analgésico dos canabinoides à luz dos dados atuais disponíveis. *BrJP*, 2023.
- OLIVEIRA HA. Estudo das propriedades físico-químicas e terapêuticas do óleo de canabidiol extraído da planta cannabis sativa. Dissertação (Graduação em Química). Instituto Federal Goiano, Morrinhos, Goiânia, 2022.
- PETZKE F, et al. Cannabis-based medicines and medical cannabis for Chronic neuropathic pain. *CNS drugs*, 2022; 36 (1): 31-44.
- PIERRO NETO PA, et al. Cannabis: 12,000 years of experiences and prejudices. *BRJP*, 2023; 6: 80-84.
- PISANTI S, BIFULCO M. Medical Cannabis: A plurimillennial history of an evergreen. *Journal of cellular physiology*, 2019; 234 (6): 8342-8351.

PUNGIRUMGS, et al. Efeitos terapêuticos do canabidiol no tratamento da dor crônica em cuidados paliativos. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Instituto Metropolitano de Ensino Superior, Ipatinga, 2022.

ROCHA GG. Mecanismo de Ação do Canabidiol: revisão de literatura. Dissertação Graduação em Farmácia). Centro Universitário UNA, Itabira, Minas Gerais, 2023.

SANTOS LRM. Cannabis e câncer: Revisão da literatura. Revista Brasileira de Cannabis, 2023;2 (1): 16-24.

SENDEROVICH H, et al. The effectiveness of cannabis and cannabis derivatives in treating lower back pain in the aged population: A systematic review. Gerontology, 2022; 68 (6): 1 13.

SILVA RS, et al. Perspectiva do familiar/cuidador sobre a dor crônica no paciente em Cuidados paliativos. Enfermería Actual de Costa Rica, 2020; 38: 18-31.

TELES LSV, et al. A inclusão de terapias não-farmacológicas no tratamento de dor neuropática. Revista Liberum Acecsum, 2022; 14 (2): 1-10.

VANDOLAH HJ, et al. Clinicians' Guide to Cannabidiol and Hemp Oils. Mayo Clin Proc, 2019;94(9):1840-1851.

VASCONCELOS FH, ARAÚJO GC. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. BrJP, 2018; 1 (2): 176–179.

VIANA VVP, et al. Importância do manejo adequado da dor para pacientes em cuidados paliativos. Brazilian Journal of Health Review, 2023; 6(3): 10813–10824.

VICENTE A, et al. Intervenções não farmacológicas implementadas por enfermeiros no controle da dor em cuidados paliativos: protocolo scoping review. Revista eletrônica Enfermaria Actual en Costa Rica, 2022; 43: 12.

Capítulo 6



10.37423/240408938

DISPNEIA E TOSSE

Neimar Rodrigues Costa

Breno Santos da Mata

Larissa Dutra Lima

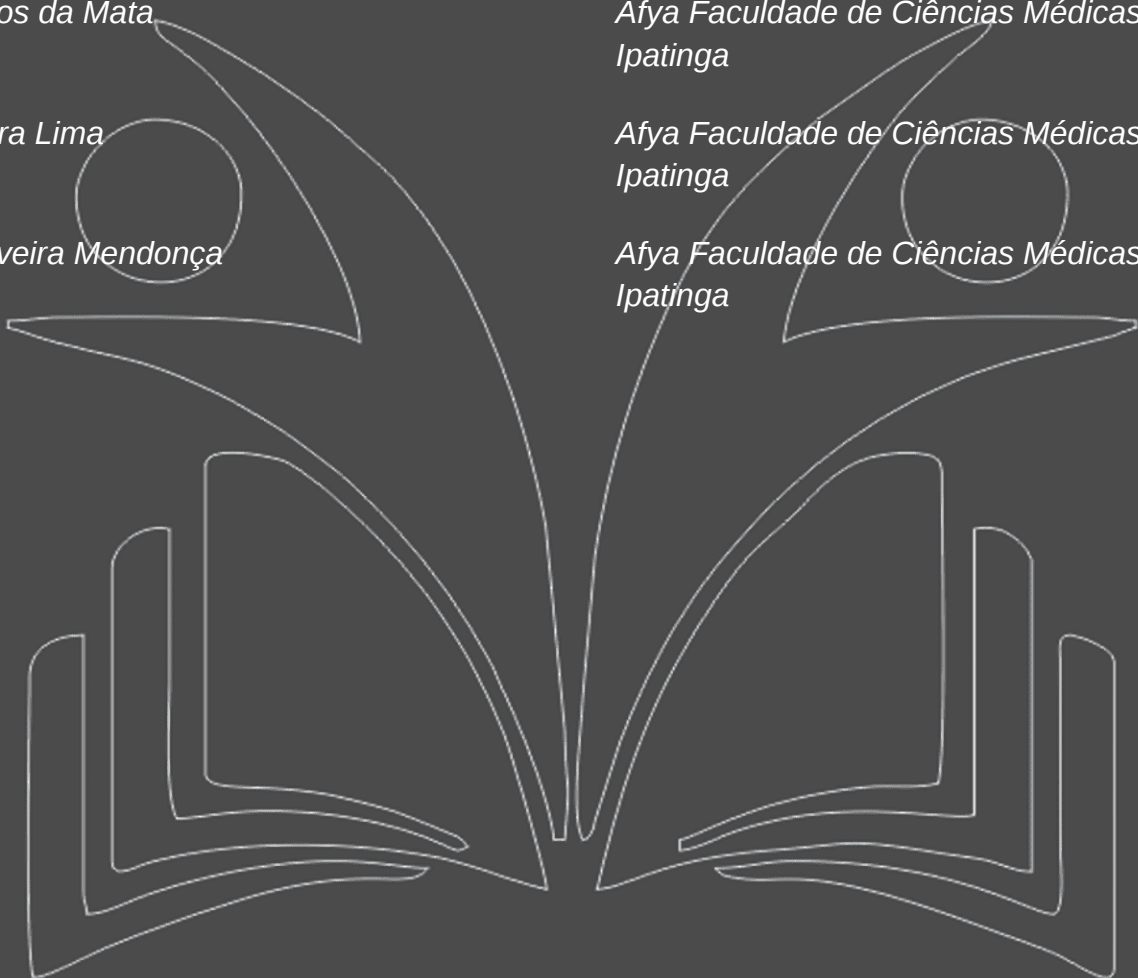
Rogério Oliveira Mendonça

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

Entre os sintomas apresentados por pacientes em cuidados paliativos, podemos destacar a tosse e a dispneia, que têm o potencial de serem desafiadoras no manejo de um paciente, podem ser desencadeados por gama de patologias, sendo elas agudas ou crônicas e alguns tipos de medicações, são vistas com uma maior frequência em pessoas com alguma doença de acometimento pulmonar e causam intenso desconforto e angústia. É crucial que haja uma boa investigação e uma abordagem multidisciplinar para um diagnóstico correto e uma conduta adequada, visando diminuir o impacto da doença, aliviar o desconforto e causar uma melhor qualidade de vida ao paciente.

INTRODUÇÃO

Para que a troca de gases ocorra faz-se necessária grande mobilização de ar para o interior das vias aéreas, o que acarreta a inalação de partículas que, na dependência de seu tamanho, podem alcançar regiões cada vez mais distais (BUENO; YANKASKAS, 2017).

Existem dois mecanismos de depuração para proteção das vias aéreas com relação à entrada de partículas procedentes do meio externo. O primeiro é o clearance mucociliar, através do qual os movimentos ciliares impulsionam, no sentido cranial, uma fina camada de muco com partículas a serem depuradas. A tosse, por meio de ato reflexo, é o segundo mecanismo envolvido neste sistema de proteção das vias aéreas inferiores, podendo ser voluntária ou involuntária, iniciado pela ativação de receptores irritantes na via aérea. A tosse apresenta alta prevalência em pacientes com patologias pulmonares, principalmente no estágio final de vida. Apesar de ser um reflexo natural, pode comprometer significativamente a qualidade de vida, além de gerar complicações como dor muscular, fratura de arcos costais, incontinência urinária, astenia e distúrbios do sono. (STEFANINI; REGGI; ECHENIQUE, 2009).

Por outro lado, a dispneia é um sintoma angustiante definido como um sinal subjetivo de desconforto respiratório, que em casos mais graves, manifesta-se por avidez por ar, sensação de sufocamento ou receio de não conseguir respirar. O início da dispneia pode ser agudo (durante a transição do repouso para a atividade física) ou crônico (persistindo por mais de um mês). A dispnéia crônica é um dos sintomas mais comuns de muitas doenças e condições crônicas, como doenças cardiorrespiratórias, câncer e obesidade, reduzindo a tolerância ao exercício, os níveis de atividade física e a qualidade de vida relacionada à saúde. A dispneia surge também da interação de outros fatores físicos (caquexia, astenia muscular), psíquicos (ansiedade/depressão) e socioambientais, sendo muito prevalente em pacientes em cuidados paliativos e um dos que causam maior sofrimento (LOUVARIS; LANGER; GOSSELINK, 2021).

TOSSE

A tosse representa o principal mecanismo de defesa das vias aéreas inferiores. Trata-se de um dos motivos mais comuns de consulta ao médico e é o sintoma respiratório mais encontrado na prática. Cumpre acrescentar, entretanto, a noção de que a repetição frequente da tosse constitui sintoma de doença, assumindo, portanto, relevância clínica (A. P. S. BALBANI, 2012).

O mecanismo de transporte ciliar é o mecanismo preferencial de limpeza das vias aéreas em indivíduos saudáveis, ao passo que a tosse serve como mecanismo fundamental de reserva, sobretudo em portadores de doença pulmonar. É um sintoma encontrado em doenças pulmonares e extrapulmonares, sendo, assim, uma das maiores causas de procura por resolução médica. A tosse é capaz de impedir a entrada de material estranho no trato respiratório, além de remover outros materiais não gasosos da árvore respiratória (p. ex., secreção excessiva, corpo estranho). Ela transporta secreções e material eventualmente aspirado das vias aéreas inferiores e laringe, conduzindo-os à faringe, de onde são expectorados ou deglutidos (DORNELAS; VANESSA VEIS RIBEIRO; BEHLAU, 2022).

Como manobra involuntária, a tosse parece ser um fenômeno exclusivamente vagal desencadeado pelos receptores neurais do tipo RASs (rapidly irritant receptors) e pelas fibras C, encontrados na parte inferior da orofaringe, da laringe e do trato respiratório inferior, em especial carina e áreas de bifurcação brônquica, além de membrana timpânica, meato auditivo externo, cavidade nasal, seios maxilares, pleura, pericárdio, diafragma, esôfago e estômago.

Antes de paliar a tosse, deve-se realizar uma história clínica com o objetivo de procurar suas principais causas, como efeito adverso de medicação, rinosinusite, infecções respiratórias, patologias pulmonares, asma, DPOC e refluxo gastroesofágico. Diante de um paciente com tosse, é importante classificá-la como aguda (autolimitada, com duração de até 3 semanas), subaguda (tosse persistente por um período de 3 a 8 semanas) e crônica (superior a 8 semanas). Instaurar a cronicidade desse sintoma pode auxiliar para direcionar alguns diagnósticos diferenciais. A história de tabagismo e a quantidade e características da expectoração devem ser muito bem detalhadas (OLIVEIRA; MEDEIROS JUNIOR, 2020).

A tosse por sua vez apresenta diversos benefícios, dentre eles: eliminação das secreções das vias aéreas pelo aumento da pressão positiva pleural, o que determina compressão das vias aéreas de pequeno calibre, e através da produção de alta velocidade do fluxo nas vias aéreas; proteção contra aspiração de alimentos, secreções e corpos estranhos; é o mais efetivo mecanismo quando existe lesão ou disfunção ciliar, como acontece na mucoviscidose, asma e discinesia ciliar; proteção contra arritmias potencialmente fatais (ao originar aumento de pressão intratorácica).

DISPNEIA

A dispneia é a percepção, a consciência desconfortável da respiração ou da necessidade de um esforço aumentado para respirar, sendo um sintoma multidimensional resultante de múltiplos mecanismos. Independentemente disso, a dispnéia associa-se a um aumento da mortalidade, grande morbidade e grave limitação para o desenvolvimento de atividades físicas e sociais .

A dispneia é um sintoma muito prevalente em pacientes em cuidados paliativos e um dos que causam maior sofrimento. A introdução precoce dos cuidados paliativos é capaz de melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida de pacientes com limitações impostas por diversas doenças, como as respiratórias, por exemplo. A inabilidade em manejar sintomas como dor e dispneia em enfermos graves, associada a dificuldades e ruídos de comunicação ao longo do tratamento, são fatores que levam a deterioração da relação entre pacientes, familiares e cuidadores. O foco principal dos cuidados paliativos é detectar precocemente descompensações respiratórias, promovendo intervenções para evitar e aliviar os sintomas. Essas visam, além de diminuir sintomas causados pela progressão da doença, reduzir idas às emergências hospitalares e hospitalizações, assim como promover suporte no estágio final de vida. A implementação efetiva dos cuidados paliativos em pneumologia exige idealmente a participação de uma equipe multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) com conhecimento e preparo apropriado. (RAMOS; ANA PATRÍCIA TAVARES; MARIA, 2017)

Os mecanismos responsáveis pela dispneia não são totalmente conhecidos, mas estão associados aos estímulos que aumentam a ventilação ou são consequentes à ventilação aumentada. A dispnéia é geralmente considerada aguda quando dura de horas a dias e é considerada crônica quando dura mais de 4 a 8 semanas (PIERRE; JUNIOR, 2020).

As variáveis que afetam a percepção da dispneia incluem idade, sexo, fatores socioeconômicos, antecedentes pessoais e de aprendizagem social, crenças, tolerância a dor e desconforto e orientação psicológica. Semelhante ao que ocorre com a dor, a incapacidade funcional resultante de uma sensação respiratória depende da capacidade do indivíduo de tolerar o desconforto. À medida que o paciente pode manter um sentido de “controle” sobre o seu corpo, pode determinar a intensidade da experiência sensorial (PIERRE; JUNIOR, 2020).

A identificação da dispneia requer anamnese cuidadosa, bem como exame físico e testes, tipicamente incluindo eletrocardiografia, radiografia de tórax, oximetria de pulso, espirometria e hemograma.

Porém, mesmo após as avaliações clínicas supracitadas, a origem da dispneia crônica pode permanecer inexplicada em grande parte dos pacientes. Múltiplas condições podem causar dispneia crônica. Embora o histórico clínico e o exame físico sejam frequentemente insuficientes para a identificação inequívoca da(s) etiologia(s), eles continuam a ser as bases da avaliação diagnóstica, fornecendo orientação para restringir as possibilidades e selecionar os testes apropriados(BERTON et al., 2021).

ABORDAGEM DA TOSSE E DISPNEIA

Na esfera da pneumologia, a atenção primordial dos cuidados paliativos reside na identificação precoce de descompensações respiratórias, com a finalidade de intervenções planejadas para prevenção e interrupção dos sintomas. Estas ações visam não somente a diminuição dos sintomas decorrentes da progressão da doença, mas a eficácia da implementação dos cuidados paliativos em pacientes debilitados e exige, preferencialmente, a colaboração de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais com competência e formação específicas, incluindo médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos e assistentes (OLIVEIRA; MEDEIROS JUNIOR, 2020).

Uma anamnese clínica minuciosa, juntamente com o exame físico detalhado, possibilitam um diagnóstico clínico completo, frequentemente dispensando a necessidade de investigações adicionais ou intervenções terapêuticas. Esses dois instrumentos têm demonstrado ser práticos no diagnóstico da tosse, porém não podem ser medidos objetivamente, sendo, portanto, sintomas de difícil avaliação (XAVIER et al., 2011).

Embasada na história social do paciente, juntamente com uma análise rigorosa das propriedades, quantidade e características da expectoração, são mecanismos primordiais para avaliação geral da tosse. Os exames de função pulmonar têm a capacidade de revelar manifestações de interferência ao fluxo aéreo. Além disso, a identificação da área seca ou de baixa produtividade representa um dos desafios mais importantes no âmbito mundial. A presença de sensação de opressão torácica, chiado, dispneia, fadiga precoce, juntamente com tosse, constitui um conjunto de deficiências fortemente indicativas do diagnóstico de etiologias respiratórias. Dessa maneira, a tosse pode ser desencadeada por fatores pulmonares e extrapulmonares, sendo possível detectar alterações de ausculta fisiológica.

A avaliação inicial da dispneia visa identificar a fisiopatologia subjacente. Além de diretamente correlacionada à progressão da insuficiência respiratória, a dispneia surge também da interação de outros fatores físicos (caquexia, astenia muscular), psíquicos (ansiedade/depressão) e

socioambientais. Os testes diagnósticos são, posteriormente, trabalhados com a finalidade de especificar a natureza precisa do distúrbio identificado, como eletrocardiografia, radiografia de tórax, oximetria de pulso, espirometria e hemograma. Essa abordagem tende a resultar em um diagnóstico preciso na grande maioria das situações (BERTON et al., 2021).

MANEJO

O manejo inicial de ambas está no controle da causa de base. A otimização do uso de broncodilatadores, o controle do derrame pleural, a otimização volêmica e o uso de oxigenoterapia serão sempre prioritários, caso indicados. Destacam-se ainda a reabilitação e a VNI para a redução da percepção de dispneia. Medidas comportamentais, como colocar utensílios e equipamentos na altura do quadril e evitar carregar objetos, servem como poupadores de energia e reduzem a sensação de dispneia (SILVA, LUIZ. 2012)

Após essas medidas, se a dispneia persistir e impossibilitar o paciente de realizar atividades de esforços mínimos, como escovar os dentes, poderá ser associado um opioide, sendo a morfina a droga de escolha. A dose inicial de morfina é variável, podendo iniciar-se com 5 mg via oral a cada 4 h em pacientes sem insuficiência renal (em idosos usar essa dose com cautela e reduzir conforme efeitos colaterais). A morfina atinge seu nível sérico máximo em menos de 1 h, possui meia-vida de 2-3 h e tempo de duração do efeito de 4 h. Devido à progressão da doença ou à tolerância à medicação, doses maiores poderão ser necessárias. A dose, então, poderá ser aumentada em 25% em relação à dose basal, sempre se observando e evitando os efeitos colaterais graves, como bradipneia e rebaixamento do nível de consciência (PIERRE, ELLEN; JUNIOR, MEDEIROS, 2023).

O manejo da dispneia deve incluir também o manejo de crises agudas de dispneia. Essas crises são mais comuns na fase terminal, e o preparo dos familiares em reconhecê-las pode ajudar no seu controle. O acrônimo do inglês COMFORT pode ser usado no controle de crise: Chamar ajuda; Observar e tratar possíveis causas; Mediar conforme prescrição médica; Fan (do inglês “ventilador”), ou seja, usar ventilador na face; Oxigenoterapia, se houver indicação; Relaxamento; e Timing, avaliar a resposta a cada uma dessas intervenções. A principal barreira para a implantação dos cuidados paliativos é o desconforto por parte da equipe assistencial em realizar discussões francas sobre os cuidados de fins de vida com seus pacientes. Isso ocorre principalmente devido ao prognóstico incerto de curto prazo que muitos pacientes com doenças pulmonares avançadas apresentam. Outras barreiras identificadas são ainda o baixo número de profissionais de saúde com formação em cuidados

paliativos e as questões etnoculturais e éticas que envolvem esses cuidados (BUENO; YANKASKAS, 2017).

Se a história, exame físico e a radiografia de tórax fornecem subsídios efetivos e suficientes para o diagnóstico etiológico, deve-se realizar o tratamento adequado. O manejo da tosse, sendo ela aguda ou crônica, consiste em uma identificação para tratamento do fator causal. É comum que os pacientes apresentem tosse por exacerbações de doenças pré-existentes como asma e DPOC, exposição a fatores irritantes ou alérgicos, uso de medicações (ex: captopril), assim, o tratamento é direcionado ao manejo da patologia ou eliminação do fator que resulta a tosse (A. P. S. BALBANI, 2012).

A partir do conceito de introdução precoce, compreendemos que a abordagem paliativa e a curativa são complementares ao longo da trajetória da doença. Na fase inicial, a prioridade é o tratamento curativo. Com a progressão e deterioração do quadro, o controle dos sintomas passa a ser o foco principal. Mesmo em estágio avançado, tratamentos para o controle da progressão da enfermidade podem ser realizados, desde que não causem ainda mais sofrimento.

DESFECHO

Por fim, é fundamental reconhecer que a dispnéia e a tosse são sintomas comuns e causam impacto significativo na vida dos pacientes, o tratamento dessas manifestações visam proporcionar o conforto e melhor qualidade de vida, evitando assim a prorrogação do sofrimento e inserindo os princípios da medicina paliativa.

A abordagem sindrômica desses pacientes é realizada através da equipe multidisciplinar, na qual, envolve a avaliação do uso de medicações, técnicas respiratórias, dispositivos de ventilação e suporte emocional, sendo possível melhorar a condição de sobrevivência e reduzir o sofrimento físico e psicológico, buscando um maior conforto para os pacientes e para os familiares que acompanham e fazem parte desse estágio de vida.

REFERÊNCIAS

BERTON, Danilo Cortozi; MENDES,; OLIVO-NETO, Pedro; et al. Abordagem pneumológica na investigação de dispneia crônica inexplicada. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 47, p. e20200406, 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/FrDChYbVLqBw7DhyfjN3VLs/?lang=pt>>. Acesso em: 20 out. 2023.

BUENO, C.; YANKASKAS, J. R. New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, v. 29, n. 2, 1 jan. 2017.

DORNELAS, Rodrigo; VANESSA VEIS RIBEIRO ; BEHLAU, Mara. Tosse Crônica e Fonoaudiologia. *CoDAS*, v. 34, n. 1, 2022. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/codas/a/7XHtXQwKhQB9ZttPVZZMbqt/>>. Acesso em: 22 out. 2023.

JÚNIOR, Silva; THIAGO FINTELMAN PADILHA; JORDANA EDUARDO

REZENDE; et al. Sintomas respiratórios em pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde de Goiânia-GO. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 9, n. 32, p. 264–272, 2014. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/825>>.

LOUVARIS, Zafeiris; LANGER, Daniel ; GOSSELINK, Rik.

Detailing the mechanisms of chronic dyspnea in patients during cardiopulmonary exercise testing. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 47, n. 1, p. e20210014–e20210014, 2021. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/hvfpWZcpLg8nDB5WFdVrwKh/?lang=pt&format=pdf>>.

OLIVEIRA, Ellen Pierre de ; MEDEIROS JUNIOR, Pedro. Palliative care in pulmonary medicine. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 46, n. 3, p. e20190280 e20190280, 2020.

Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med*.

2012; <https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST> PIERRE, Ellen ; JUNIOR, Medeiros. Cuidados paliativos em pneumologia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 46, p. e20190280, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/xGqG4pvzrYcw4XCSzRgYV9q/?lang=pt>>.

RAMOS, Auristela; ANA PATRÍCIA TAVARES ; MARIA, Susana. Pain and dyspnea control in cancer patients of an urgency setting: nursing intervention results. *Revista DOR*, v. 18, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdor/a/6CFWD8d5YhScwMMQRbsmXFD/?lang=pt>>. Acesso em: 21 out. 2023.

SILVA, Luiz Carlos Corrêa da. e col. *Pneumologia princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 32, p. s403-s446, 2006.

STEFANINI, Edson; REGGI, Sílvio ; SANTINI ECHENIQUE, Leandro. Avaliação e diagnóstico diferencial da dispneia aguda.

RevSocCardiol Estado de São Paulo, v. 19, n. 2, p. 125–158, 2009. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/429284/avaliacao-e-diagnosticodiferencial-da-dispneia-aguda.pdf>>.

VANESSA VEIS RIBEIRO; LEONARDO WANDERLEY LOPES; BEHLAU, M. Apresentação do Programa de Terapia para Manejo da Tosse Crônica. CoDAS, v. 33, n. 3, 1 jan. 2021.

XAVIER, F. et al. ChronicCough in OtorhinolaryngologicRoutine. Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia, v. 15, n. 02, p. 231–240, 1 abr. 2011.

II Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. Jornal Brasileiro De Pneumologia, v. 32, n. suppl 6, p. s403–s446, 1 nov. 2006.

Capítulo 7



10.37423/240408939

FERIDAS

Sávio Francisco Ulhôa

Carla Siqueira Costa

Florisvaldo Mariano Filho

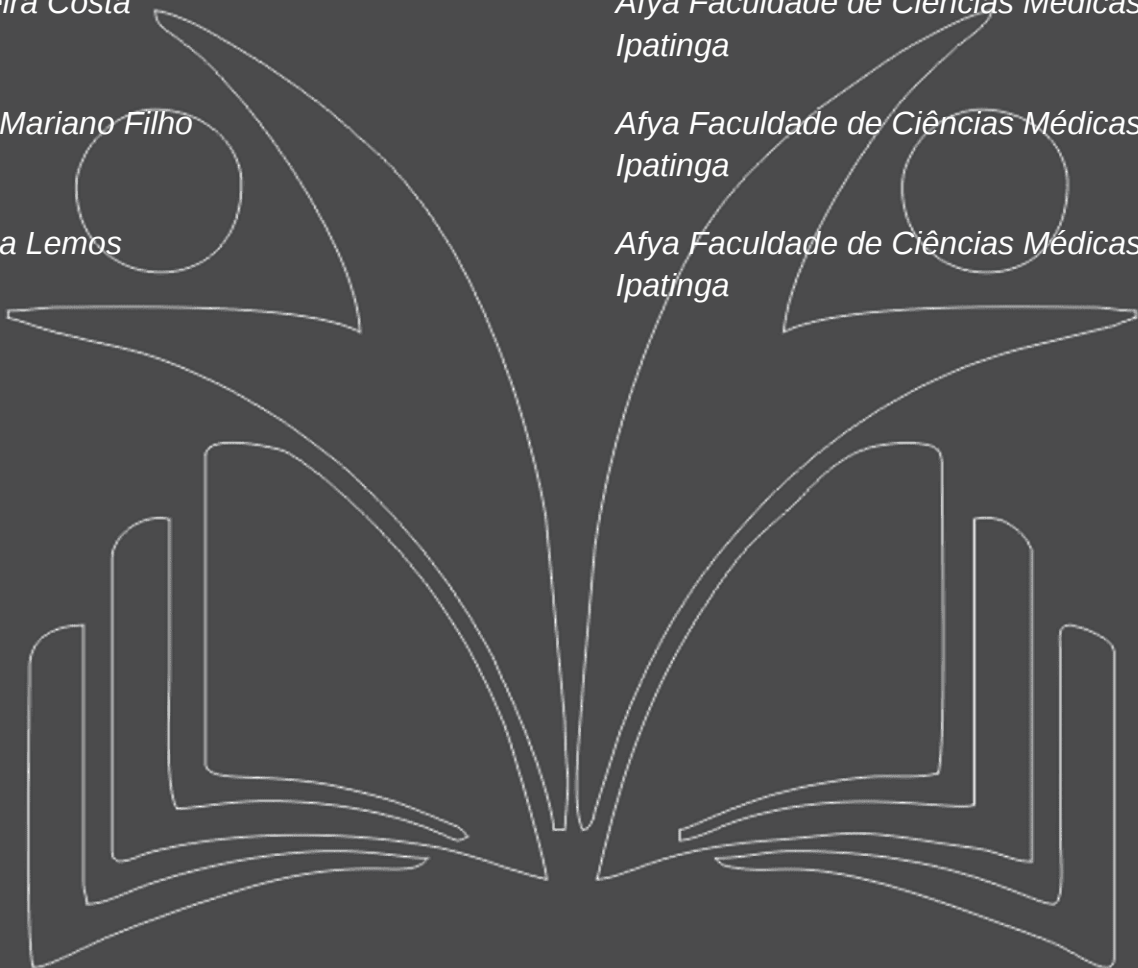
Giulia Souza Lemos

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*



PREFÁCIO

A importância da prevenção e tratamento das lesões por pressão em pacientes em cuidados paliativos não pode ser subestimada. Essas lesões, também conhecidas como úlceras de pressão ou escaras, representam um desafio significativo para a qualidade de vida dos pacientes e estão intrinsecamente ligadas ao cuidado compassivo e à manutenção da dignidade no final da vida. Podemos citar algumas razões pelas quais a prevenção e o tratamento adequados são fundamentais, são elas: alívio de sofrimento, preservação da dignidade, melhoria na qualidade de vida, redução da carga emocional, economia de recursos, foco no conforto e promoção de uma morte digna. De modo geral, a prevenção e o tratamento das lesões por pressão em pacientes em cuidados paliativos são um componente vital do cuidado compassivo e holístico no final da vida. Isso não apenas melhora o conforto e a dignidade do paciente, mas também reduz o fardo emocional sobre as famílias e os cuidadores, permitindo que todos envolvidos possam se concentrar em proporcionar um ambiente de apoio e carinho durante esse momento sensível.

INTRODUÇÃO

De acordo com MORAES JT, BORGES EL, LISBOA CR, et al. (2016), A lesão por pressão (LPP) é uma ocorrência comum em pacientes idosos que estão com mobilidade reduzida ou até mesmo com ausência dela, como são os casos de acamados ou que usam cadeira de rodas. Essas lesões se manifestam na pele e nos tecidos subjacentes, muitas vezes se desenvolvendo em áreas que coincidem com proeminências ósseas como calcâneos, trocânteres e região sacral. Diante desse cenário, é evidente que as unidades de terapia intensiva apresentam uma incidência considerável de pacientes que sofrem com LPP.

A equipe de enfermagem tem papel imprescindível na atuação para que seja tratada e até mesmo atuando de maneira preventiva contra as LPP's. Tão essencial quanto o cuidado e a busca por melhorias nas lesões já presentes é a realização de avaliações regulares, a fim de prevenir o desenvolvimento de novas lesões e evitar agravamentos nas lesões existentes. (LAMÃO, LCL; QUINTÃO, VA; NUNES, CR; 2016).

A saúde da pele, seja ela aparentemente íntegra ou já acometida por lesões, é um fator de suma importância. No contexto das lesões por pressão (LPP), é imperativo manter uma vigilância constante sobre o conceito de cisalhamento, que é a força resultante da interação da gravidade com a fricção, afetando a pele dos pacientes. Essa questão foi destacada no estudo de ALVES, AR; BELAZ, K; RODRIGUES, et al. (2016).

Conforme mencionado pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) em 2016, as lesões podem se apresentar de diversas formas, tais como dolorosas, abertas, íntegras, fétidas, profundas ou superficiais. Além disso, a NPUAP oferece diretrizes para a classificação das lesões com base em seus estágios, o que é fundamental para orientar os cuidados, uma vez que permite a avaliação e o tratamento das lesões de acordo com seu grau de desenvolvimento.

Outro aspecto crucial no cuidado com as lesões por pressão é a avaliação do risco por meio da escala de Braden, que considera diversos fatores que podem predispor um paciente ao desenvolvimento de lesões. A pesquisa de MENDONÇA, PK; LOUREIRO, MDR; FROTA, OP, et al. (2018) ressalta a importância dessa abordagem.

Na escala de Braden, a pontuação obtida fornece uma indicação de risco, classificando o paciente como de risco brando, moderado ou severo para o desenvolvimento de lesões. Essa avaliação contínua e criteriosa é vital, uma vez que a condução dos cuidados de enfermagem baseada nessa escala pode

efetivamente prevenir a ocorrência de novas lesões, conforme destacado por SILVA, AL; RACHED, CD; LIBERAL, MM (2016). Portanto, a vigilância constante, a classificação adequada das lesões e a avaliação do risco são elementos essenciais para garantir a saúde da pele e o bem-estar dos pacientes.

PELE E LESÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, que confere proteção e isolamento contra os componentes orgânicos do meio externo. Possui funções como: regulação térmica, proteção contra infecções e traumas, manutenção do equilíbrio hídrico e eletrolítico, entre outras. É composta por três camadas: epiderme, derme e hipoderme (SILVA et al., 2011; DUIM et al., 2015). A epiderme é a camada mais externa, a derme é a camada intermediária, e a hipoderme, camada interna, mais profunda da pele, é formada por tecido adiposo.

Fatores como o envelhecimento, a imobilidade, as mudanças fisiológicas, o aspecto nutricional, o uso de medicações e as doenças crônicas podem tornar o indivíduo mais propício ao surgimento de lesões e feridas, o que provoca mudanças na estrutura do tecido epitelial e, conseqüentemente propicia a formação da úlcera por pressão (SILVA et al., 2011; DUIM et al., 2015).

Lesão é o nome ou termo dado a uma ferida no qual se resulta de uma lesão encontrada tanto no tecido mucoso quanto no cutâneo podendo levar a desintegração gradual ou morte do tecido (MEARA et al., 2000; MEDEIROS et al., 2009). Sobre a localização das lesões, podem ser encontradas em mais de um lugar, como: cutâneo; mucosas; áreas serosas e complexas. Quanto à etiologia, podem ser classificadas em: Lesão traumática, varicosa, isquêmica, diabética, por vasculite, pépticas, mista e Lesão por pressão (LPP).

A lesão se forma quando o tecido é comprimido por um período de tempo prolongado através de fricção ou cisalhamento provocando um atrito entre duas superfícies, ou seja, uma contra outra (FREITAS & ALBERTI, 2003).

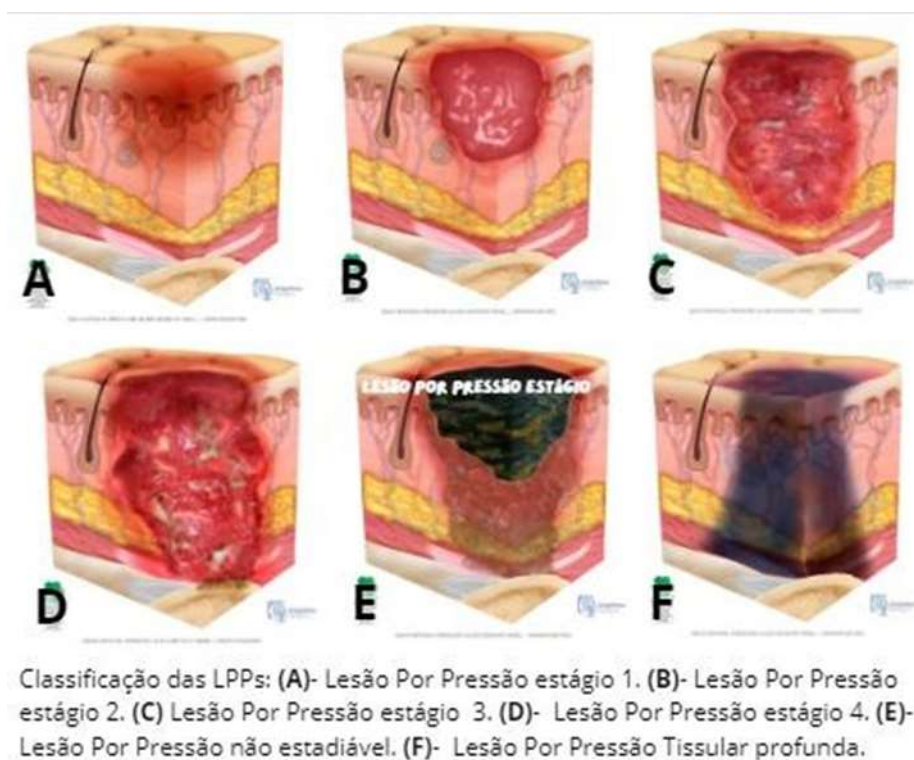
LESÕES POR PRESSÃO (LPP), ESTÁGIOS E AVALIAÇÃO DE RISCO

Lesão por pressão está associada aos movimentos de fricção, cisalhamento e pressão contínua, se manifestam na pele e nos tecidos subjacentes, muitas vezes se desenvolvendo em áreas que coincidem com proeminências ósseas como calcâneos, trocânteres e região sacral. Também pode provocar danos tissulares e gerar agravamento do estado clínico do paciente com restrição de mobilidade corporal (MEDEIROS et al., 2009).

De acordo com Brito et al. (2014), as lesões por pressão, que também podem ser conhecidas como lesão de decúbito, são definidas como uma área danificada da pele decorrente de uma fricção ou pressão, causando danos nestas áreas.

Existem estágios da LPP oferecidos na diretriz pela NPUAP que devem ser avaliados cuidadosamente para ter um direcionamento das condutas a serem realizadas, uma vez que permite a avaliação e o tratamento das lesões de acordo com seu grau de desenvolvimento. A definição do estágio só será possível após o desbridamento da úlcera, avaliando assim, sua profundidade e comprometimento do tecido. O estágio 1 - pele íntegra com eritema que não embranquece; estágio 2 - perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme; estágio 3 - perda da pele em sua espessura total; estágio 4- perda da pele em sua espessura total e perda tissular; não classificável - perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível; Lesão tissular profunda – coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece; LP relacionadas a dispositivos médicos; LP em membranas e mucosas.

Figura 01: Estágios das LPP's.



Fonte: RECOM, 2016, adaptado.

Assim como qualquer patologia ou complicações possuem fatores de risco para o acometimento destas, a LPP também tem. A dificuldade ou incapacidade de reter, o controlar, as excreções,

principalmente a urina e as fezes, desnutrição ou perda de peso, redução da concentração de oxigênio no sangue arterial, hipotensão, anemia e edema (NETTNA, 2015), são fatores que podem predispor um paciente ao desenvolvimento de lesões.

Portanto, a escala de Braden é uma outra forma de avaliação das LPP, utilizada como auxílio na estratificação para o risco de surgimento dessas lesões. O escore total varia de 6 a 23, sendo que as escores de 15 e 18 indicam pacientes de baixo risco, de 13 e 14 risco moderado e escore entre 10 e 12 risco muito elevado (FERNANDES & CALIRI, 2008).

LPP NOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados paliativos são os cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida. Tem como objetivo promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

A LPP e suas alterações na pele tem sido alvo de grande preocupação nos serviços de saúde, impactando os pacientes como seus familiares e cuidadores que com internações prolongadas apresentam outros riscos. Particularmente, a lesão por pressão acomete indivíduos com restrição de movimento e perda da sensibilidade.

Pacientes em cuidados paliativos apresentam alto risco de desenvolver LPP devido à fisiopatologia em si da doença acometida, dos efeitos colaterais do tratamento ou das intervenções terapêuticas.

Além disso, a pele sofre alterações ao final da vida, assim como os órgãos de outros sistemas. Ocorrem mudanças fisiológicas afetando a pele e tecidos moles acarretando alterações inevitáveis, e modificações da pele que refletem redução de perfusão de tecidos moles, diminuição de tolerância aos estímulos externos e deficiência de remoção de catabólitos, o que prejudica a pele de exercer seu papel protetor do corpo. Diante a essas alterações, o paciente, principalmente idoso em cuidados paliativos estão mais suscetíveis ao aparecimento de LPP.

PREVENÇÃO DE LPP

Compete aos profissionais da saúde identificar, planejar e executar medidas preventivas, fazendo uso de uma avaliação de riscos que contribuem para o desenvolvimento da LP (em indivíduos hospitalizados).

De acordo com Carvalho et al. (2007), dentre as medidas preventivas de maior relevância estão a mudança de decúbito do paciente, seguido de massagem corporal, colchão especial, hidratação e suporte nutricional. Além disso, a inspeção e avaliação diária da pele, cuidado com umidade e classificação adequada das lesões e avaliação do risco, também são importantes para a prevenção.

Tão essencial quanto o cuidado e a busca por melhorias nas lesões já presentes é a realização de avaliações regulares, a fim de prevenir o desenvolvimento de novas lesões e evitar agravamentos nas lesões existentes. (LAMÃO, LCL; QUINTÃO, VA; NUNES, CR; 2016)

Para Olkoski& Assis (2016), a educação continuada é de suma importância na prevenção das lesões por pressão, no qual, se avalia o conhecimento dos profissionais da enfermagem quanto ao resultado da adoção de medidas preventivas com relação à formação das lesões por pressão. A prevenção das lesões de pressão são de suma importância para contribuir com a qualidade de vida da população e a enfermagem, por sua vez, tem um papel fundamental para a assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a assistência a pacientes que necessitam de cuidados paliativos deve ser integrada ao atendimento à saúde como um todo. Neste contexto, a lesão por pressão (LPP) deve ser incluída junto às medidas preventivas e orientações.

A qualidade dos cuidados paliativos prestados aos portadores de LPP deve ser avaliada com base em medidas de prevenção, o que implica a identificação de fatores de risco. As decisões relativas ao tratamento de feridas devem ser adaptadas mediante situação clínica e prognóstico de cada doente. As modificações da pele em pacientes acamados vão para além do desenvolvimento das lesões por pressão, exigindo adequação dos cuidados multidisciplinares. Este olhar delicado garante a qualidade de vida do acamado, trazendo benefícios.

O cuidado integral abrange as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais que envolvem ações interdisciplinares, com terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas, além da máxima participação efetiva do paciente nos cuidados e nas decisões sobre a sua vida. E para que a qualidade de vida seja alcançada, garantindo o conforto e a dignidade, é indispensável a atuação de uma equipe interdisciplinar junto ao paciente e a seus familiares.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Angela Rodrigues et al. A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. REVISTA DO INSTITUTO CIÊNCIA DA SAÚDE, São Paulo, 2008. Disponível em (Availablefrom): http://files.bvs.br/upload/S/0104_1894/2008/v26n4/a1736.pdf
- BRITO, K. G. K.; SOARES, M. J. O. G.; SILVA, M. A. Cuidados de enfermagem nas ações preventivas nas úlceras de pressão. Revista Brasileira de ciência da saúde, n. 4, p. 56-61, 2014
- CARVALHO, L. S.; FERREIRA, S.C.; SILVA, C. A.; SANTOS, A. C. O. P.; REGEBE, C. M.C. Concepções dos acadêmicos de enfermagem, sobre prevenção e tratamento de úlceras por pressão. Revista Baiana de saúde publica. V.31, n. 1, p. 77-89, 2007
- DUIM, E.; SÁ, F. C.; DUARTE, Y. A. O.; OLIVEIRA, R. C. B.; LEBRÃO, M. L. Prevalência e característica das feridas em pessoas idosas residentes na comunidade. Rev Esc Enferm USP, v. 49, n.5, p. 51-57, 2015.
- FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. I. Uso de escala de Barden e de Glasgow para identificação do risco para úlcera de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev latina –am enfermagem, Ribeirão preto, v.16, p. 973-978, 2008.
- FREITAS, J. C. P; ALBERTE, L. R. Aplicação da escala de Braden em domicílio: incidência e fatores Associado a úlcera por pressão. Revista Acta PaulEnferm, v. 26, n.6, p. 515-521, 2013
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). A avaliação do paciente em cuidados paliativos / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : INCA, 2022
- LAMÃO, Luana Corrêa ; QUINTÃO, Vanilda Araújo ; NUNES, Clara Reis. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão. Revista Científica Interdisciplinar, Rio de Janeiro, vol. 1 nº 1, 2016. Disponível em (Availablefrom): <http://multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/10>
- MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, F. A. H. C.; JORGE, B. S. M. Análise da Prevenção e tratamento das úlceras por pressão proposto por enfermeiro. Rev. Escenfermus, v. 43, n. 1, p.223 -228, 2009
- MENDONÇA, Paula Knoch et al. Prevenção de Lesão por pressão - Ações prescritas por enfermeiros de Centros de Terapia Intensiva. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2018. Disponível em (Availablefrom): <https://www.scielo.br/j/tce/a/Z9CwyVqcD8MJqtqhy8gYjMG/?lang=pt>
- MORAES, Juliano Teixeira et al. Conceito e Classificação de lesão por pressão atualização Nation PressureUlcer Advisory Panel. Revista de enfermagem do centro oeste mineiro, Minas Gerais, vol. 6 nº 2, 2016. Disponível em (Availablefrom): <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423>
- NationalPressureUlcer Advisory Panel. PressureUlcerStagesRevised. Washington, 2016. Disponível em (Availablefrom): <https://npiap.com/>
- NETTNA, S. M. Brunner prática de enfermagem. Editora Performa, n.1, ed. 9. 2015.

OMEARA, S.; CULLUM, N.; MAJID, M.; SHELDON, T. Systematic reviews of woundcaremanagement: (3) antimicrobial agents for chronic wounds; (4) diabetic foot ulceration. Health TechnolAssess, v. 4, n. 21, 2000.

SILVA, R. C. L.; FIGUEREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B.; COSTA, M. M.; SILVA, C. R. L. Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem. 3º ed. São Paulo: YENDIS, p 57-61. 2011.

SAUAIA, B. A.; et.al. Lesão por pressão. Revista Brasileira de cirurgia plástica. 2019.Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2019RBCP0243>. Acesso em: 22 de out. De 2023.

Capítulo 8



10.37423/240408940

ATENÇÃO PRIMÁRIA E DOMICILIAR

Maria Luísa Franco de Salles

Betina Bonomo Recla

Mariana Almeida da Cruz

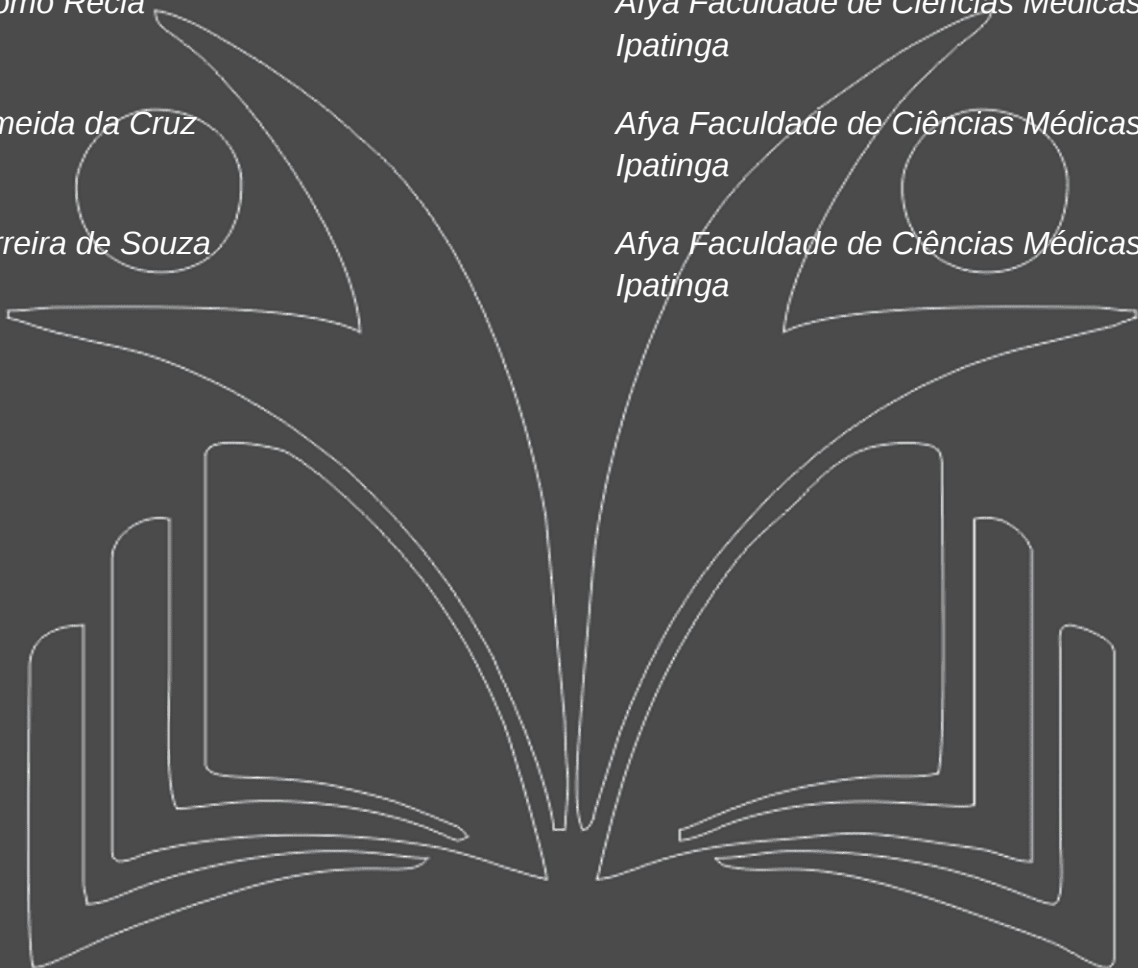
Sabrina Ferreira de Souza

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

Esse capítulo tem a finalidade de falar sobre a abordagem dos cuidados paliativos na atenção primária e como isso pode ser feito um acompanhamento a longo prazo através das visitas domiciliares, visando prestar tal assistência na moradia dos pacientes, de maneira equânime e integral. O cenário epidemiológico contemporâneo, nos mostra um aumento de doenças crônicas ameaçadoras à vida, levando a uma necessidade maior de profissionais, equipes de saúde e rede de apoio mais especializados em cuidados paliativos. A estratégia de Saúde da Família apresenta maior sustentação de abrangência populacional e acompanhamento continuado das famílias destinadas as suas respectivas equipes das Unidade Básica de Saúde

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), conta com três princípios básicos: universalidade, equidade e integralidade. O último citado anteriormente, significa considerar a integralidade do paciente ao sistema de Atenção primária, a qual, deve ter ferramentas necessárias para fazer tal abordagem individualizada a cada usuário. Além de toda atividade preventiva, devemos levar em consideração que uma abordagem completa vai até o final da vida, estando presente no cuidado paliativo, caracterizado de acordo com a Organização Mundial e Saúde por: abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares no enfrentamento de problemas relacionados a doenças terminais, através do alívio do sofrimento. O cuidado paliativo pode ser realizado em diversos locais, a depender da gravidade do paciente. Para que haja cuidados paliativos em domicílios devemos contar com a segurança, assistência e proteção do paciente, sendo em sua maioria, casos de menor gravidade (COMBINATO DS, MARTINS STF, 2012)

Foi redefinido o conceito da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS na portaria nº 825 em 25 de abril de 2016, a qual diz que atenção domiciliar é a modalidade de atenção à saúde integrada a rede de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção de saúde, prestados em domicílio, garantindo continuidade dos cuidados. A atenção domiciliar visa a autonomia do paciente e do cuidador, além de reduzir período de internação e demanda hospitalar. A atenção domiciliar é dividida em três modalidades sendo diferenciadas pela complexidade dos casos. O paciente que necessita de cuidado paliativo pertence a modalidade 2 ou 3.

Os grandes pilares da Atenção Domiciliar nos cuidados paliativos devem cumprir com: competência cultural para reconhecimento de valores e funcionamento das famílias atendidas; comunicação clara aos familiares; atingir mais nível de controle de sintomas, com ênfase na dor; preparo da família para a morte; instrumentalizar cuidadores; proporcionar qualidade de vida (JUSTINO ET, et al. 2020)

A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Cuidados paliativos em atendimento domiciliar ofertados na atenção primária são importantes, pois permitem a avaliação individual do paciente. A atenção domiciliar possibilita ao paciente usufruir em seus últimos momentos do seu lar, no conforto de sua casa e estando entre os seus. Assim ela reforça a autonomia do paciente e da família. Para isso é necessária uma equipe multidisciplinar, a fim de oferecer ao paciente um tratamento integral além de um cuidador, pois ele, juntamente com a equipe

multidisciplinar, que vai coordenar a execução dos cuidados paliativos. Por isso, os cuidados devem ser não só planejados, mas também adaptados à realidade do paciente, do cuidador e da equipe.

A reorganização do trabalho das equipes de cuidados domiciliares visa a redução da demanda hospitalar e o encurtamento das internações, promovendo uma atenção mais humanizada e individualizada, o que complementa os cuidados paliativos. Ao desvincular o paciente do ambiente hospitalar, proporciona-se maior autonomia na gestão do tratamento e também se observa uma economia significativa nos custos individuais associados à internação em cuidados paliativos.

É importante destacar que a escolha pelo atendimento domiciliar não implica em desassistência ou desamparo ao paciente. Dentro desse programa, profissionais de diversas áreas de saúde atuam de forma integrada, visando aprimorar a terapêutica do paciente e capacitando tanto os membros da equipe quanto os cuidadores informais, como familiares, para os procedimentos diários. O cuidado paliativo em domicílio permite uma abordagem mais abrangente e personalizada, respeitando os desejos, necessidades e crenças individuais do paciente.

Os cuidados paliativos têm como metas primordiais proporcionar alívio da dor e de outros sintomas, enaltecer a vida e considerar a morte como um aspecto inerente à existência humana, sem precipitá-la ou postergá-la, e incluir os aspectos psicológicos e espirituais no tratamento do paciente. Ao lidar com a família, é crucial estabelecer um vínculo de confiança com os profissionais de saúde, o que possibilita a abertura para discutir questões sensíveis e facilita intervenções que ajudem a mitigar conflitos ao longo do curso da doença e após o falecimento (ORDONHO, et al., 2021)

PLANEJAMENTO

O cuidado paliativo no âmbito da atenção primária visa garantir a continuidade de cuidados por meio da promoção de saúde, prevenção e tratamento das doenças. Sendo assim, o cuidado paliativo domiciliar complementa os métodos já existentes, fazendo com que o paciente seja acolhido em seu próprio lar.

Para isso a Portaria nº 963/2013 estabelece a organização da atenção domiciliar do país delineando as equipes envolvidas: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) de tipo 1 e tipo 2, além das Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap). Ela também define as modalidades de atenção domiciliar: tipo 1 (AD1), tipo 2 (AD2) e tipo 3 (AD3). Cada modalidade é adaptada às necessidades dos usuários, e por consequência, à equipe encarregada do cuidado.

A AD1 atende pacientes com necessidades menos complexas e é conduzida pelas equipes da atenção básica. Já as modalidades AD2 e AD3 destinam-se a pacientes com maior demanda física, exigindo acompanhamento mais frequente. Ambas são prestadas por Emap ou Emad, com a diferença sendo o tempo de permanência do usuário nos cuidados domiciliares. Na AD2, a permanência pode ser interrompida caso haja uma melhora na saúde do paciente, podendo ser encaminhado para AD1. Enquanto isso, a modalidade AD3 caracteriza-se pela permanência constante, dada a condição de saúde do usuário. Importante ressaltar que os cuidados paliativos são integrados nas modalidades de atenção AD2 e AD3 (VASCONCELOS GB e PEREIRA PM, 2018).

A implementação de um serviço de cuidados paliativos em atenção domiciliar, conforme orientações da OMS, envolve etapas essenciais. É crucial avaliar as necessidades dos pacientes e os recursos disponíveis. Em seguida, estabelecer formalmente a organização por meio de termos de referência e registro com as autoridades competentes. Um plano de ação detalhado deve ser elaborado, para que abranja os recursos necessários, estratégias de obtenção destes. Recrutar e desenvolver um programa de treinamento contínuo é vital para uma equipe bem-preparada. A mobilização de recursos é um passo subsequente, seguido pela integração eficaz no sistema de saúde, conectando-se a atenção primária e terciária de referência (OMS, 2023).

Dado que os pacientes em cuidados paliativos podem requerer atenção de complexidade variada, a integração entre os níveis de cuidado é essencial. Portanto, é necessário articular os diferentes componentes do sistema de saúde, estabelecendo um mecanismo eficaz de referência e contra-referência para casos de intercorrência clínica (OMS, 2023).

COMUNICAÇÃO E APOIO

A comunicação é um dos pilares mais importantes para o cuidado, por isso é imperativo que os profissionais da área da saúde estabeleçam relações interpessoais positivas com o paciente, permitindo a compreensão plena de suas experiências. Dessa forma, a assistência pode ser oferecida de forma abrangente, tendo como alicerce os cuidados paliativos. Assim, a comunicação, como parte integrante dos cuidados paliativos, se configura como uma das ferramentas mais significativas para promover uma assistência humanizada aos pacientes, visto que estes e seus familiares se encontram fragilizados.

Para que a comunicação interpessoal ocorra de forma viável necessita de que o profissional da saúde exercite a percepção, a compreensão e transmissão de mensagens, podendo ocorrer de forma verbal ou não verbal (SILVA TC, et al. 2022).

A comunicação verbal na atenção primária ocorre por meio da expressão de palavras, tanto faladas quanto escritas. É por meio desta forma de comunicação que o profissional de saúde pode empregar várias técnicas para estabelecer um relacionamento positivo com o paciente. Isso inclui a promoção da empatia e de um ambiente de interação acolhedor, conhece as necessidades biossociais e espirituais do paciente e seus familiares os tornando participantes na tomada de decisões.

Já a comunicação não verbal destaca a relevância da compreensão e percepção dos sentimentos, dúvidas e preocupações, além do reconhecimento da importância do toque, gestos, expressões, olhares e simbolismo na comunicação não verbal. Isso se mostra fundamental tanto para o paciente quanto para a família que enfrentam a fase final da vida. Quando aplicadas de maneira apropriada, essas estratégias proporcionam ao paciente um sentimento de segurança e conforto (BRITO, et al., 2017).

VANTAGENS E DESVANTAGENS

Quando se fala de cuidados paliativos, a visão e foco mais importante é sempre o paciente, mas é importante lembrar das demais variáveis como os familiares, a equipe de família da atenção primária e o sistema de saúde.

Sob a perspectiva do paciente, a vantagem reside na oportunidade de permanecer no ambiente familiar, cercado por relações sociais conhecidas. Isso proporciona um suporte emocional substancial e frequentemente resulta em maior motivação e sensação de reconhecimento, em contraste com a experiência em uma UTI (PARAIZO-HORVATH CMS, et al. 2022).

Para a família, há também a possibilidade de compartilhar mais tempo com o paciente, reduzindo os riscos associados ao ambiente hospitalar e oferecendo apoio e assistência de forma contínua. Nessa dinâmica, a família pode sentir-se mais capacitada e autônoma ao participar ativamente do tratamento e das decisões.

Para a equipe de Atenção Primária à Saúde envolvida no atendimento domiciliar, há a oportunidade não apenas de delegar responsabilidades e empoderar os familiares para os cuidados cotidianos, mas também de oferecer suporte e assistência nos momentos desafiadores da rotina, vivenciando diretamente o que ocorre no ambiente domiciliar.

Para a família do paciente, a opção de manter o ente querido em um ambiente familiar proporciona uma sensação de segurança com riscos reduzidos e uma prestação de cuidados abrangente (HENNEMANN-KRAUSE, et al., 2016)

Por último, do ponto de vista do sistema de saúde, observa-se uma redução na demanda por leitos em UTIs e enfermarias, resultando em economia financeira e otimização de recursos humanos necessários para a assistência integral ao paciente durante o período de internação.

Por outro lado, infelizmente, existem desafios a serem enfrentados. Tanto o paciente quanto os familiares podem se deparar com o receio de enfrentar o sofrimento, o desamparo e a perspectiva de momentos de dor intensa sem saberem como lidar. Além disso, mesmo que haja um desejo sincero de receber cuidados paliativos em casa, nem sempre isso se torna viável, o que pode gerar frustração tanto para o paciente quanto para os familiares. Nem todas as redes de atenção primária contam com equipes de atendimento domiciliar, o que pode dificultar a implementação dos cuidados paliativos. Isso pode resultar no deslocamento do paciente da APS para um centro especializado mais próximo, muitas vezes um hospital, acarretando em maiores gastos e uma demanda integral mais complexa (MITCHELL G, MURRAY AS, 2020)

CONCLUSÃO

Diante da complexidade e sensibilidade inerentes aos cuidados paliativos, torna-se evidente a importância da atenção domiciliar na atenção primária. Esta modalidade de cuidado não apenas proporciona ao paciente seus últimos momentos em um ambiente familiar, mas também fortalece a autonomia tanto do paciente quanto da família. Para isso é necessário uma equipe multidisciplinar bem treinada, um cuidador dedicado e a personalização do cuidado a realidade do paciente.

Além disso, a reorganização do trabalho das equipes de cuidados domiciliares não só contribui para a humanização da assistência, mas também reduz a demanda por leitos hospitalares e os custos associados à internação. No entanto, é importante reconhecer que a escolha pelo atendimento domiciliar não implica em desassistência, profissionais de diversas áreas de saúde trabalham em conjunto para otimizar a terapêutica do paciente, capacitando tanto a equipe quanto os cuidadores informais.

Apesar das inúmeras vantagens da atenção domiciliar, é importante reconhecer as possíveis dificuldades que podem surgir. O medo do sofrimento e a incerteza diante da dor intensa são desafios a serem enfrentados tanto pelo paciente quanto pela família. Além disso, a falta de disponibilidade de

equipes de atendimento domiciliar em algumas redes de atenção primária pode ser um obstáculo para a implementação dos cuidados paliativos. No entanto, é essencial superar essas adversidades em prol de proporcionar um cuidado compassivo e adaptado à realidade de cada indivíduo e família.

REFERÊNCIAS

BRITO, FM.; et al., Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. Revista de pesquisa cuidado é fundamental online, 2017; v. 9, n. 1, pg. 251-221.

COMBINATO DS, MARTINS STF. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. 2012, 36 (3), pg. 433-441.

HENNEMANN-KRAUSE L, et al. Cuidados Paliativos e medicina de família e comunidade: conceitos e interseções. Artigo de revisão, 2016 v. 15, n. 3.

JUSTINO ET, et al. Os cuidados paliativos na atenção primária à saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2020, 28. 3324.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria de Atenção Primária a Saúde. 2023. Cuidados Paliativos na Atenção Primária. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/6114#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde,com%20doen%C3%A7as%20amea%C3%A7adoras%20da%20vida>.

MITCHELL G, MURRAY AS. Supportiveandpalliativecare in the age ofdeferred death: primarycare’s central role. BMJ supportive&palliativecare, 2020.

ORDONHO, LC. et al. Os desafios dos cuidados paliativos na atenção primária à saúde. Acervo Mais, 2021, v. 34, n. 2, p. 1-10.

PARAIZO-HORVATH CMS, et al. Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. Scielo. 2022, 27 (09).

SILVA TC, et al. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de literatura. Revista Brasileira de Enfermagem, 75 (1).

VASCONCELOS PM, PEREIRA PM. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. 2018; v. 18, n. 70.

Capítulo 9



10.37423/240408941

PEDIATRIA

Catarina Amorim Baccarini Pires

Gabriela Vidal Leite

Ilanna Bárbara de Almeida Gomes

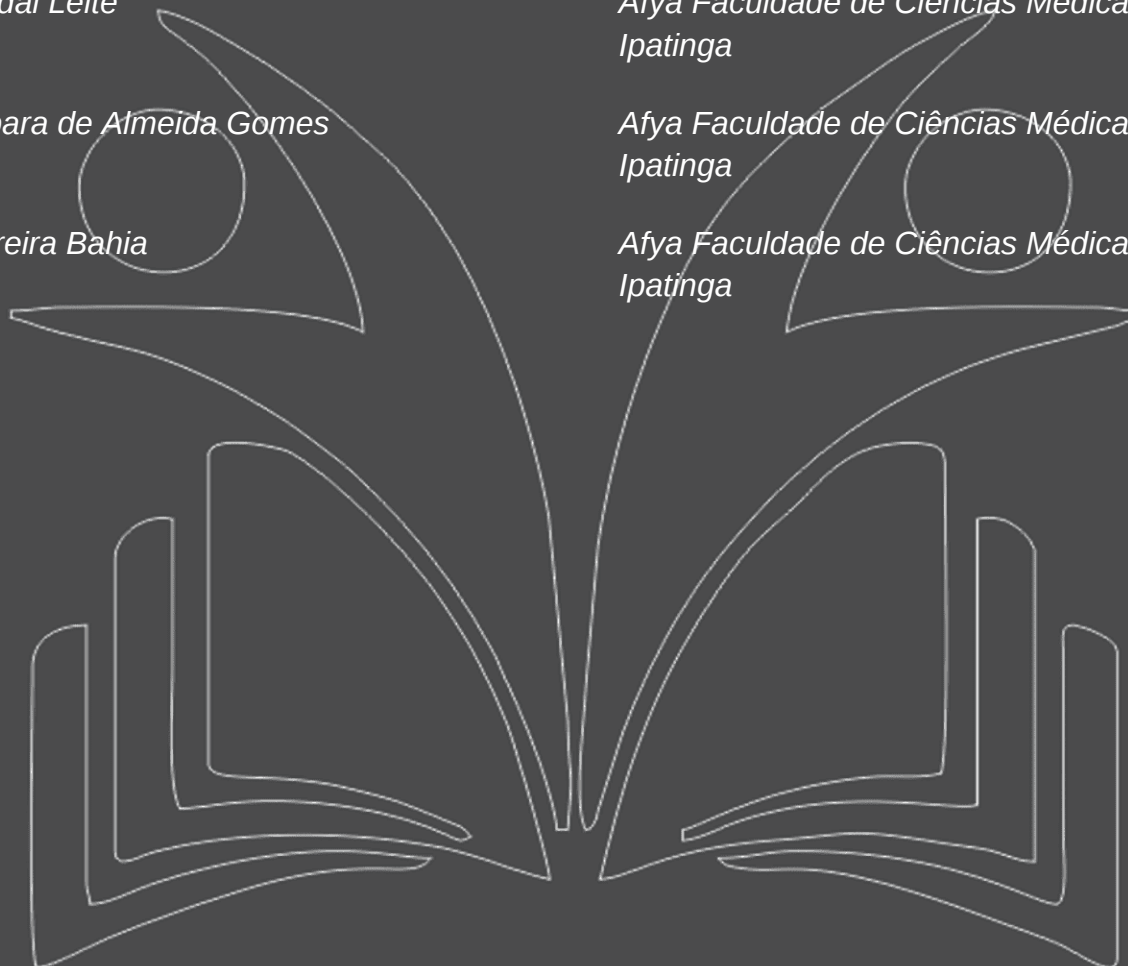
Jéssica Pereira Bahia

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

Os cuidados paliativos são uma abordagem holística e compassiva à assistência médica, que se concentra em melhorar a qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças graves, como o câncer, e de suas famílias. Afim de reduzir o sofrimento físico, emocional e espiritual. Os cuidados paliativos ajudam a tornar a jornada dessas crianças e seus cuidadores mais suportável, independentemente do resultado final da doença. já que o impacto emocional e físico do câncer pediátrico pode ser particularmente desafiador. Isso envolve uma abordagem centrada na criança e na família, reconhecendo a importância de cuidar de todos os aspectos da vida da criança, não apenas os aspectos médicos.

INTRODUÇÃO

O cuidado paliativo infantil é um domínio da assistência médica que se destina a proporcionar alívio, dignidade e qualidade de vida para crianças enfrentando doenças graves e ameaçadoras à vida, bem como para suas famílias. Os princípios destacam o foco central no bem-estar da criança, a atenção integral e abrangente à família e a construção de uma relação sólida entre a equipe médica e a família. Este cuidado é individualizado, respeitando as crenças e valores de cada criança e família, facilitando a comunicação aberta e eficaz. É um compromisso com o alívio do sofrimento e a promoção da dignidade e da qualidade de vida para as crianças e famílias que enfrentam desafios excepcionais. Nesta discussão, exploraremos esses princípios, como eles são implementados e a importância de garantir que todas as crianças que necessitam desse tipo de cuidado o recebam (OLIVEIRA MH, et al., 2021).

Existem várias doenças pediátricas que podem exigir cuidados paliativos devido à sua natureza crônica, progressiva ou terminal. Algumas das condições mais comuns incluem:

- **Câncer:** Diversos tipos de cancer pediátrico podem ser agressivos e necessitar de cuidados paliativos, especialmente em melhorias avançadas ou quando os tratamentos se tornam menos eficazes.
- **Doenças neurológicas progressivas:** Distúrbios como distrofia muscular, paralisia cerebral, degeneração cerebral e doenças neurodegenerativas podem levar a cuidados paliativos devido à flexibilidade progressiva e impacto na qualidade de vida significativa.
- **Doenças cardíacas congênitas graves:** Certas condições cardíacas congênitas, especialmente aquelas que não são passíveis de correção cirúrgica ou intervenção eficaz, podem levar a cuidados paliativos.
- **Falência de órgãos:** Condições que levam à falência de órgãos, como insuficiência renal, hepática ou pulmonar, podem exigir cuidados paliativos, especialmente se não houver opções viáveis de tratamento.
- **Doenças genéticas raras:** Algumas condições genéticas raras, como certas síndromes ou doenças metabólicas, podem resultar em complicações graves e crônicas, exigindo cuidados paliativos.

- **AIDS e outras doenças infecciosas graves:** Infecções graves, como o HIV/AIDS em estágio avançado ou outras doenças infecciosas com complicações graves, podem necessitar de cuidados paliativos.

Essas são apenas algumas das condições que podem levar aos cuidados paliativos em pediatria. É importante ressaltar que cada caso é único, e a decisão de iniciar cuidados paliativos é baseada na avaliação médica do estágio da doença, no impacto na qualidade de vida da criança e nas necessidades de suporte da família. (CANTERO MJP, et al., 2022).

A hospitalização é um evento que, frequentemente, representa um ponto de viragem na vida de qualquer indivíduo, provocando uma série de perturbações físicas, emocionais e sociais. Quando esse episódio atinge uma criança, suas repercussões assumem dimensões ainda mais complexas e significativas. A hospitalização infantil vai além do declínio na saúde e da separação da família e do ambiente social ao qual a criança está habituada; ela pode desencadear alterações profundas em seu desenvolvimento e deixar sequelas emocionais que persistem ao longo de toda a existência. Entre essas sequelas, a ansiedade se destaca como uma das consequências mais notáveis desse processo (RODRIGUES JI, et al., 2020).

O câncer infantil é uma realidade que, infelizmente, afeta inúmeras crianças e suas famílias em todo o mundo. Representando um grupo diversificado de doenças, o câncer pediátrico é caracterizado pela proliferação descontrolada de células anormais em diferentes partes do corpo. Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias, os do sistema nervoso central e (os) linfomas. Além de tumores como o neuroblastoma, Wilms, retinoblastoma, germinativo, osteossarcoma e sarcomas (ANJOS C, et al., 2021);

COMUNICAÇÃO

Apesar dos avanços tecnológicos, a comunicação continua uma tarefa difícil. Nesse sentido, elementos como a empatia, compreensão, interesse, desejo de ajuda e bom humor são indispensáveis para conseguir um ambiente de conforto emocional e de confiança, no qual o paciente terá um conhecimento de sua doença e diagnóstico. Para isso, pode ser utilizado o Protocolo Spikes, que busca a realização de alguns passos para a abordagem completa e eficaz da comunicação como planejar a entrevista, avaliar a percepção, convidar o paciente e a família a conhecer e entender o diagnóstico, dar conhecimento sobre o assunto, abordar as emoções envolvidas e estabelecer um plano terapêutico conjunto (GESSER AM, et al., 2021).

É importante que a criança tenha ciência da situação para ordenar seus pensamentos a respeito da doença, isso quando sua idade permite a troca de informações, o que deve ser analisado com a família do paciente. Nesse norte, os pais ou cuidadores e os profissionais da saúde devem estar à disposição para conversar com a criança, de comum acordo, para que não haja divergências na condução do caso. O ideal é que, durante a consulta médica, a criança possa expressar seus sentimentos, mesmo na frente dos pais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2021).

CONTROLE DOS SINTOMAS

Os cuidados paliativos em crianças que enfrentam a terminalidade visam garantir a qualidade de vida desses pacientes, o que depende do controle e otimização dos sintomas que geram o sofrimento. Vale ressaltar que a oncologia pediátrica é uma especialidade que busca não somente aumentar as chances de cura de crianças, mas também minimizar as sequelas decorrentes do tratamento. Como nem todo desfecho é a cura, os cuidados paliativos são de fundamental importância para o atendimento adequado desde o período do diagnóstico a conclusão do cenário, além de acompanhar e auxiliar no processo de luto da família (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER- INCA, 2022).

Sob tal ótica, torna-se primordial manter o ambiente tranquilo, uma posição cômoda e roupas confortáveis para a criança e oferecer líquidos e alimentos leves. Somado a isso, os profissionais de saúde devem estar atentos ao bem-estar da criança, além de estar ciente sobre a evolução da doença, a fim de minimizar a dor, febre, dificuldade respiratória, prisão de ventre, retenção urinária e a falta de apetite (OPAS,2021).

ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS NA PEDIATRIA

A espiritualidade pode ser definida como a busca de significado e propósito na vida, indo além do tangível e envolvendo uma experiência de algo maior do que a própria existência. Essa dimensão espiritual não necessariamente está ligada a práticas religiosas formais. No contexto da prática médica, a compreensão da espiritualidade e sua relação com a saúde se tornou um paradigma importante, tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde. É fundamental estabelecer ambientes que promovam o diálogo sobre essas questões(OLIVEIRA MH, et al., 2021).

Em relação às crianças, é observado que elas frequentemente não fazem uma distinção clara entre espiritualidade e religião. No entanto, seu senso de espiritualidade e seu envolvimento em comunidades religiosas podem desempenhar um papel positivo no enfrentamento de doenças, especialmente aquelas que envolvem riscos à vida e situações terminais. Na prática diária, é evidente

que a espiritualidade pode ser uma fonte de apoio para alguns pacientes, principalmente os adolescentes, ao lidar com doenças graves e situações de terminalidade (ARRIEIRA IC, et al., 2018).

Para fornecer esse apoio de maneira eficaz, os profissionais de saúde devem estar atentos aos relatos dos pacientes e desenvolver habilidades de comunicação e avaliação da dimensão espiritual daqueles sob seus cuidados. Os pacientes compartilham suas experiências e dão significado à doença por meio de conexões espirituais, desejando estabelecer vínculos com a equipe de saúde, outros pacientes e manter sua identidade mesmo durante a hospitalização. Isso ressalta a importância de reconhecer e abordar a dimensão espiritual no cuidado de saúde (ARRIEIRA IC, et al., 2018).

A abordagem da espiritualidade no contexto do trabalho pediátrico desempenha um papel fundamental na ampliação do olhar sobre a criança e sua família. Envolve o respeito pelo ser vulnerável e a necessidade de reavaliar conceitos no campo da saúde, da doença e na relação entre médico e paciente. Esse enfoque reconhece que a espiritualidade desempenha um papel significativo no bem-estar e na recuperação das crianças, bem como na forma como elas e suas famílias enfrentam desafios de saúde (MARQUES TC, et al., 2021).

Nesse contexto, um serviço que pode ser de grande auxílio aos profissionais que atuam na área da pediatria é a capelania. A Lei 9.982/2000 assegurou o acesso de religiosos de diferentes confissões a estabelecimentos civis, militares e hospitais, tanto públicos quanto privados, para oferecer atendimento religioso e espiritual aos pacientes internados. Dentre esses serviços, destaca-se a capelania hospitalar, realizado por capelães. A capelania hospitalar desempenha um papel crucial no suporte espiritual e emocional de pacientes pediátricos e suas famílias durante períodos de doença, tratamento e recuperação. Os capelães são treinados para oferecer apoio religioso e espiritual, bem como ouvir as preocupações e ansiedades das crianças e suas famílias. Eles desempenham um papel de apoio complementar à equipe médica e de enfermagem, ajudando a garantir que as necessidades espirituais e emocionais sejam atendidas. Em resumo, a inclusão da espiritualidade na abordagem pediátrica é uma parte integral do cuidado de saúde holístico e centrado no paciente. A capelania hospitalar é um serviço valioso que contribui para o bem-estar físico, emocional e espiritual das crianças e de suas famílias, auxiliando os profissionais de saúde no desafio de proporcionar um atendimento completo e compassivo (CLARO S, et al., 2021); (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração dos cuidados paliativos com as abordagens terapêuticas curativas representa um avanço significativo na assistência médica, particularmente quando se trata de crianças com doenças crônicas e ameaçadoras à vida. À medida que a literatura e a prática clínica atual revelam, a dualidade entre paliativos e curativos já não é o modelo predominante. Pelo contrário, a sinergia entre esses dois enfoques está se tornando cada vez mais crucial para proporcionar uma melhor qualidade de vida para as crianças e suas famílias.

O câncer infantil é uma realidade que exige uma abordagem sensível e compassiva de todos os envolvidos na prestação de cuidados, desde a equipe de saúde até as famílias das crianças afetadas. A partir das categorias identificadas, fica claro que os cuidados paliativos estão emergindo como uma abordagem fundamental e essencial na prática de ensino e saúde, tanto em âmbito nacional quanto internacional.

O compromisso de minimizar o sofrimento e a angústia da doença avançada, bem como de promover a dignidade e o bem-estar, reflete a compaixão e a humanidade essenciais na assistência a crianças com câncer. No cerne desse compromisso está o reconhecimento de que, independentemente do desfecho final, cada criança merece uma qualidade de vida ótima durante seu tempo com a família.

É crucial que a conscientização sobre os cuidados paliativos em câncer infantil continue crescendo, que haja um compromisso com o ensino e a prática de profissionais de saúde e que as políticas de saúde sejam voltadas para garantir que todas as crianças tenham acesso a esses cuidados. Somente por meio de esforços contínuos, compreensão e compaixão. A busca por qualidade de vida para as crianças com câncer é um objetivo nobre que reforça nossa humanidade compartilhada.

Portanto, a necessidade de incorporar o ensino e a prática dos cuidados paliativos durante a formação médica, especialmente na pediatria, é imperativa. Essa preparação é essencial para garantir que a próxima geração de profissionais de saúde esteja equipada para oferecer cuidados completos e compassivos que beneficiem não apenas as equipes de saúde, mas, acima de tudo, as crianças e suas famílias. A integração eficaz dos cuidados paliativos e curativos não apenas proporciona uma melhor qualidade de vida, mas também permite que as crianças enfrentem sua jornada com dignidade e, quando necessário, tenham uma morte digna. É uma evolução essencial e compassiva na prática médica que demonstra o compromisso de proporcionar cuidado integral em todas as fases da vida.

REFERÊNCIAS

- ANJOS C, et al. Familiares vivenciando cuidados paliativos de crianças com câncer hospitalizadas: uma revisão integrativa. *Revista de enfermagem uerj*, 2021;29(1), e51932.
- ARRIEIRA IC, et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Revista de enfermagem USP*, 2018; 52:e03312.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/infantojuvenil/especificos/cuidados-paliativos-pediatricos>. Acesso em: 23 out. 2023.
- CANTERO MJP, et al. Endoflife in patients under the care of paediatric palliative care teams. *Multicentre observational study*, 2022; 96: 394 – 401.
- CLARO S, et al. Capelania hospitalar: um cuidado com o paciente no Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo, 2021; 9(2): 97-126.
- GESSER AM, et al. Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7: 1-12.
- MARQUES TCS, PUCCI SHM. Espiritualidade nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos. *Revista de Psicologia da USP*, 2021; 32:e200196.
- OLIVEIRA MH, et al. Qualidade de vida em cuidados paliativos: a estreita relação entre a saúde do corpo e da alma. *Brazilian Journal of Development*, 2021. Curitiba, v.7, n.6, p. 60140-60157.
- OPAS. Módulos em cuidados paliativos. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/modulos-em-cuidados-paliativos-pediatricos>. Acesso em: 23 out. 2023.
- RODRIGUES JI, et al. Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. *Saúde e Sociedade*, 2020; 29(2), e190395.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Cuidados Paliativos Pediátricos: O que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos. 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23260c-DC_Cuidados_Paliativos_Pediatricos.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

Capítulo 10



10.37423/240408942

NEONATOLOGIA

Catarina Amorim Baccarini Pires

Ana Luiza Lamounier Ferreira

Daiany Piontkovsky Priori

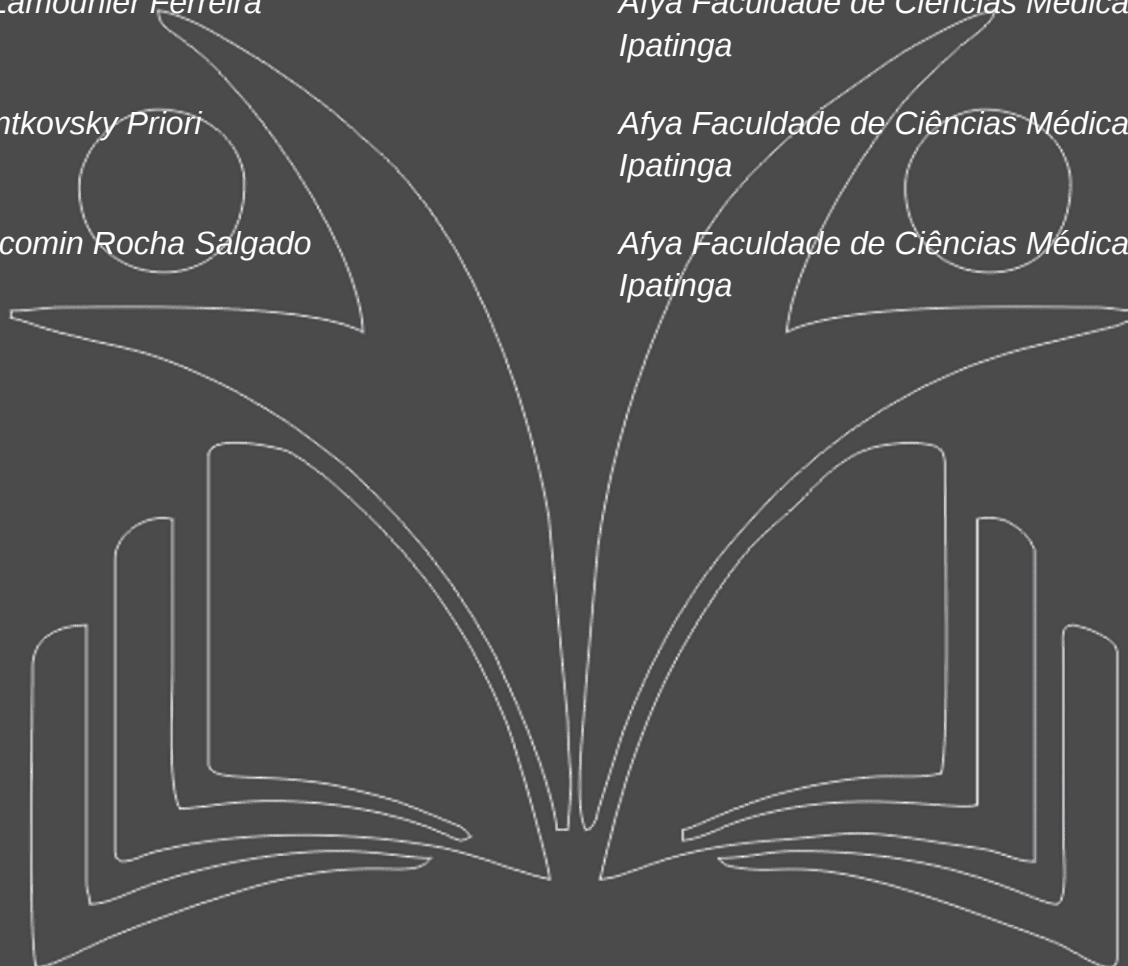
Mellina Giacomini Rocha Salgado

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

O nascimento de um bebê é um momento feliz para os pais, porém quando necessita de cuidados diferenciados, o momento que deveria ser de alegria, torna – se motivo de preocupação. Por isso, caso o recém nascido apresente alguma deformidade ou má formação incompatível com a vida, os profissionais que irão cuidar desta criança, devem ter muito preparo e sensibilidade para lidar com a situação. Neste ínterim, o principal foco do cuidado paliativo é a qualidade de vida do paciente e de sua família, através de cuidados individualizados e humanizados e da contemplação de aspectos culturais e espirituais, a fim de que este momento seja o menos difícil possível.

INTRODUÇÃO

O termo cuidado paliativo (CP), foi cunhado pela médica Cicely Saunders na década de 60 na Europa, porém, sua implementação na neonatologia iniciou-se na América do Norte vinte anos depois (SANTOS, C., 2022). Conforme a Organização Mundial de saúde para Cuidados Paliativos, todos pacientes que são portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que estão ameaçados quanto à continuidade de vida devem receber a abordagem dos Cuidados Paliativos desde o seu diagnóstico (LOPES, 2021).

O Ministério da Saúde do Brasil, em sua Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, normatizou que os cuidados paliativos devem fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da rede de atenção à saúde, entretanto, poucas medidas e poucos recursos estão sendo dispensados para a implantação efetiva dessa norma, especialmente quando se trata dos pacientes pediátricos. (LO; HEIN; BULGARELI, 2022).

A NEONATOLOGIA E O CUIDADOS PALIATIVO

O período neonatal caracteriza-se como fase de transição da vida intrauterina para a vida extrauterina, do dia do nascimento até o 28º dia de vida. De acordo com o último relatório de 2018 publicado sobre mortalidade infantil pela United Nations Children's Fund (UNICEF), o primeiro mês de vida é o período mais importante, e cuidado para garantir a sobrevivência da criança, sendo considerado um dos mais preocupantes na vida do ser humano, pois, é nesse momento, que são necessárias várias adaptações, dentre elas, as relacionadas com a respiração, circulação e termo regulação (ALMEIDA M e GUINSBURG R, 2022).

Os cuidados paliativos neonatais (CPN) surgem em consequência do avanço tecnológico, que permite a sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais prematuros e com malformações graves. São definidos como cuidados holísticos, multiprofissionais, dinâmicos e integrativos, centrados na família que vive com o diagnóstico de uma doença fetal com tempo de vida limitado ou potencialmente fatal, durante a gravidez, nascimento, depois do nascimento e no luto, homenageando com dignidade e respeito o feto/RN e família (SILVA, et al, 2019).

Com o avanço dos tratamentos, a taxa de mortalidade neonatal, no ano de 2019, era de 1,8%, o que correspondia a uma morte entre 476 recém-nascidos antes de um mês de vida. Desse índice, 90% delas ocorrem após tomada de decisões complexas sobre tratamentos, o que gera inquietação e

preocupação sobre a forma como essas decisões estão sendo tomadas e sob qual ótica estão pautadas (CAMILO, *et al*, 2022) .

Apesar da gama de aparatos tecnológicos e da transição do perfil epidemiológico contribuíram para a redução importante das taxas de mortalidade neonatal, há um grupo de pacientes que não atingirá a cura e, assim, será beneficiado pela filosofia e prática dos cuidados paliativos. No campo da neonatologia, o tema vem ganhando importância devido aos altos índices de prematuridade, síndromes incompatíveis com a vida e ocorrência de anormalidades congênitas (CAMILO, *et al*, 2022).

A necessidade de cuidados paliativos pediátricos na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é significativa. A Academia Americana de Pediatria sugere o envolvimento precoce e integrado do CPP para famílias de crianças que enfrentam risco de condições de vida. A introdução precoce e a longo prazo pode otimizar um cuidado centrado na família. Com isso, torna-se possível a abordagem para garantir que o plano e objetivos terapêuticos se alinhem com a família (SANTANA, *et al*, 2019). O envolvimento de CPP em cuidados de fim de vida neonatal permanece subutilizado.

São vários os motivos que levam o recém-nascido para receber tais cuidados, entre eles, a prematuridade tem sido um fator importante. O limiar de viabilidade situa-se entre as 25 semanas e os 600/700 gramas, idade gestacional e peso ao nascimento acima dos quais $\geq 50\%$ dos RN sobreviveram sem sequelas graves. Portanto, a idade gestacional é um indicador de bom ou mau prognóstico (SILVA, *et al*., 2019).

Além disso, cardiopatias complexas, síndromes polimalformativas major, algumas doenças metabólicas, genéticas (trissomia 13 e 18), neurodegenerativas, encefalopatia hipoxico-isquêmica grave, malformações do sistema nervoso central ou de situações com graves sequelas neurológicas e septicemia, também são alvos dos CPN. Todos estes RN são mantidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (LOPES, 2021).

A UTI é um ambiente cercado de tecnologia disponível para que o RN seja assistido da melhor forma possível na fase que estão vulneráveis e criticamente doentes.

A UTI neonatal é um lugar de acolhimento dos prematuros nesta fase tão complicada da vida e dependem de uma equipe preparada com vigilância constante e assistência 24 horas (LOPES, 2021).

O ambiente da UTIN –Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um local no hospital onde os funcionários realizam procedimentos mais complexos a fim de proporcionar melhores condições aos RN ali locados, dependendo de um preparo de todos profissionais atuantes

A METODOLOGIA DE COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

A situação de comunicar uma má notícia torna-se ainda mais delicada quando esse paciente é um recém-nascido. Lidar com a inversão do curso da vida, ou seja, com o adoecimento e a possibilidade de morte nas primeiras horas ou dias após o nascimento afeta negativamente os envolvidos. A família encontra-se abalada diante desse processo, buscando insistentemente razões e significados para tal evento, questionando a fragilidade dessa vida (MELO, *et al*, 2022) .

Para ajudar na comunicação de más notícias, foram desenvolvidos alguns modelos e algumas estratégias para subsidiar os profissionais nesse processo, como os protocolos PACIENTE (Pereira et al., 2017), VALUE e SPIKES (Espinoza-Suárez, Zapata del Mar e Mejía Pérez, 2017), este último o mais conhecido (Cruz e Riera, 2016). O protocolo SPIKES está estruturado em seis etapas que seguem o acrônimo: S - Setting up - é o momento de preparar-se para o encontro, por meio da escolha de ambiente adequado e análise do diagnóstico e histórico do paciente; P - Perception - é o momento de perceber o paciente, buscando saber até que ponto ele sabe sobre o seu diagnóstico; I - Invitation – realiza o convite para o diálogo, buscando saber até que ponto o paciente quer saber, para assim ser respeitado seu limite; K - Knowledge - é o momento de transmitir a informação de forma clara e acessível ao ouvinte, evitando o uso de jargões ou termos técnicos; E - Emotions - é o espaço para o ouvinte expressar as emoções, no qual o médico deve escutar e perceber a comunicação não verbal expressa por ele; e S – Strategy and Summary - é a etapa final na qual são feitos o resumo e a organização das estratégias (Cruz e Riera, 2016).

O SPIKES é, portanto, um protocolo bem estruturado que auxilia na comunicação de más notícias, mas não substitui a habilidade e a empatia do profissional. Estudos mostram que ele é conhecido por profissionais de saúde, mas pouco usado no cotidiano de atendimento, repercutindo em deficiências na comunicação com pacientes (Cruz e Riera, 2016). Em contrapartida, seu uso tem eficácia retratada em diversas pesquisas sobre comunicação de más notícias (Souza et al. 2020).

O CUIDADO PALIATIVO NAS SUAS VERTENTES

Organização Mundial de Saúde em 1990 definiu cuidados paliativos como sendo os cuidados totais e ativos dirigidos a pacientes fora de possibilidade de cura, em 2002 passou a delegar as pessoas

envolvidas com cuidados paliativos função de aliviar a dor e os desconfortos físicos, também dariam suporte religioso e psicossocial ao paciente e a seus familiares.

Nesse contexto, a OMS criou algumas regras para que exista um respeito a se referir a pessoas nesta fase, que se concentram em: a) Promover alívio da dor e de outros sintomas que causam sofrimento;b) Afirmar a vida e considerar a morte um processo natural; c)Não pretende apressar, nem retardar a morte;d) Integrar os aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado do paciente; e) Oferecer sistema de apoio com o intuito de ajudar pacientes a viverem ativamente, tanto quanto possível, até a morte;f)Oferecer sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e seu próprio luto; g) Utilizar equipe para abordar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo aconselhamento para o luto, se indicado;

h) Reforçar e aprimorar a qualidade de vida e, também, influenciar positivamente o curso da doença; i) Ser aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que prolonguem a vida, como quimio e/ou radioterapia, e incluir investigações necessárias para o melhor entendimento e abordagem das complicações clínicas que causam sofrimento (LOPES,2021).

Os CPN devem ser integrados e intensivos seja qual for o estágio da doença, o objetivo é prestar cuidados ao RN e a suas famílias de forma compreensiva e individualizada. Portanto, é evidente que os pais deverão estar envolvidos em todo processo de decisão e qualquer procedimento realizado é indispensável que todas dúvidas sejam sanadas de forma cuidadosa e sensível com muita empatia e repetida quantas vezes forem necessárias de forma coerente e sensata para que se estabeleça uma relação de confiança com a equipe de saúde. É importante que as notícias sejam repassadas sempre pelo mesmo médico (LOPES,2021). Ademais, O luto deve ser trabalhado estando presente em cada procedimento realizado, obtendo sucesso ou não.

Cuidar de pessoas com poucas possibilidades de cura é uma tarefa que precisa de preparo em relação ao profissional de saúde para garantir que o paciente e sua família tenham qualidade de vida, desde que houve o diagnóstico da doença até o momento do óbito (LOPES,2021).

Os cuidados devem centrar-se não só no controle da sintomatologia, como também nos aspetos comunicacionais e relacionais entre a equipa, criança e família, o que implica uma mudança de paradigma do cuidar, estabelecendo em paralelo um esquema terapêutico e outro que contemple as consequências emocionais, sociais e psicológicas do doente e da família (SILVA, et al, 2019). Contudo,

a maioria dos profissionais de saúde tem pouco ou nenhum conhecimento sobre os princípios e práticas dos CPN.

Portanto o foco dos cuidados paliativos passa a ser a qualidade de vida do paciente e de sua família, gerando assim a diminuição do seu sofrimento ao longo da doença grave, com potencialidade de ser fatal e limitando o tempo de vida. Contudo, a maioria dos profissionais de saúde tem pouco ou nenhum conhecimento sobre os princípios e práticas dos CP. A formação em CP é necessária a três níveis: primeiro, formação básica a todos os profissionais de saúde; segundo, formação intermédia para aqueles que trabalham frequentemente com doentes com doença limitadora de vida; terceiro, formação especializada para os que tratam de doentes com necessidades que vão além do controle de sintomatologia. A formação tem como objetivo capacitar os profissionais de saúde, que trabalham com crianças com necessidades paliativas e as suas famílias, com competências apropriadas e confiança para prestarem CP de elevada qualidade. A implementação de orientações de CPN contribui também para a melhoria da qualidade de cuidados e está associada ao aumento do uso de medicação para controlo da dor e estratégias de comunicação(LOPES,2021).

A FAMÍLIA DO RN PALIATIVO DURANTE O PROCESSO DE CP

O cuidado paliativo vai além do cuidado com o RN com alguma doença em fase terminal, envolve também o atendimento centrado nas famílias e suporte abrangente. Os pais possuem papel fundamental na participação da tomada de decisões, e para poder auxiliá-los, é imprescindível a obtenção de informações a respeito dos valores e objetivos da família e da compreensão deles da definição de qualidade de vida do recém-nascido, desenvolvendo uma relação com a família baseada na confiança e no cuidado. Essas informações podem ajudar os médicos a desenvolver orientações personalizadas para a família, livres de julgamentos baseados em valores do médico e com ênfase nos princípios éticos de beneficência e não maleficência, o que significa que não devem ser submetidos a procedimentos ou intervenções dolorosas que dificilmente oferecerão benefícios (MARTY CM e CARTER BS, 2018).

Deve haver uma avaliação precoce, objetiva e sistemática da dor e outros sintomas para promover o conforto e a qualidade de vida do RN e da família, é necessária a utilização metódica de escalas de avaliação da dor e esta deve ser difundida e aplicada de forma universal e rotineira. Para a analgesia deve-se recorrer primeiro as medidas não farmacológicas de controlo da dor que incluem a utilização de sucrose para a estimulação da sucção não

nutritiva, a amamentação, o posicionamento adequado e a otimização das medidas de conforto. Enquanto as medidas farmacológicas baseiam-se nos princípios de controle da dor segundo a Organização Mundial da Saúde e têm por base o acesso a vários medicamentos, por exemplo, Morfina, Fentanil e Paracetamol, devendo fazer parte da lista de fármacos analgésicos utilizados (LOPES,2021).

Estudo de revisão sistemática associou o maior número de procedimentos estressores e dolorosos a diversos impactos futuros, como atraso no crescimento e prejuízos no desenvolvimento motor e cognitivo . A internação em UTI acarreta aos RNs exposição elevada a procedimentos dolorosos, vários deles necessários para fins diagnósticos e terapêuticos (SOARES, C.V; PINTO, P.M, 2023).

Entretanto, muitos procedimentos dolorosos ainda são efetuados sem que a equipe faça qualquer tipo de analgesia ou com alguma terapia ineficaz e o RN apresenta alterações comportamentais e fisiológicas, influenciando alterações nos aparelhos respiratórios, cardiovasculares e metabólicos, aumentando a chance de morbidade e mortalidade nos RN (SOARES, C.V; PINTO, P.M, 2023). Dentre as respostas fisiológicas que o neonato pode apresentar quando introduzido em um episódio de dor, estão: aumento das frequências cardíaca e respiratória, elevação da pressão intracraniana, vasoconstrição periférica, sudorese, dilatação de pupilas, aumento da liberação de catecolaminas e hormônios adrenocorticosteróides, e diminuição da saturação do oxigênio e do tônus vagal.

Em algumas situações de fim de vida muitas vezes precisam ter um acesso venoso sendo o central a via preferencial de administração de fármacos, caso não possua acessos endovenosos, deve ser feito por outras vias de administração terapêutica e analgésica como o uso de analgésicos tópicos presentes ou mesmo subcutâneo-Hipodermoclise. (LOPES,2021).

Nessas situações, os pais devem ser informados de forma segura, assegurando que eles compreendam todos os procedimentos e talvez o filho não faleça de imediato, eles devem estar preparados para o que possa vir a acontecer, antes da extubação, e sempre que desejado pelos pais, a equipe deve facilitar a realização de rituais culturais significativos, como o batismo e a presença de um assistente espiritual (LOPES,2021).

Nesse cenário, a criação de memórias, como pegar o RN ao colo, retirar uma mecha de cabelo, fazer um molde da mão ou pé e tirar fotografias ao longo do procedimento, deve ser permitida, bem como, caso os pais desejem, no momento da extubação o RN deve estar confortável e pode ser colocado ao colo, preferencialmente dos progenitores (LOPES,2021).

A equipe de cuidados paliativos pode optar por diminuir progressivamente os parâmetros da ventilação até atingir valores mínimos, com diminuição do oxigênio suplementar, contudo, após desligar um ventilador, porém, não se deve voltar a ligar, mas devem continuar a privilegiar o conforto, alívio da dor, do desconforto respiratório e do sofrimento (LOPES, 2021). Em alguns casos, a ventilação não invasiva pode ser apropriada para o alívio de sinais de angústia respiratória, sem que ocorra obrigatoriamente monitorização eletrônica dos parâmetros vitais.

Na neonatologia, cuidados paliativos vêm se mostrando mais integrativos, abordam questões antes ignoradas, como a redução da dor, diminuição de procedimentos desnecessários, além de medidas de conforto para o bebê (SOARES, C.V; PINTO, P.M, 2023). É o cuidado de uma doença ou condição com alto risco para a vida, que preconizam humanizar o atendimento, feito por uma equipe multidisciplinar e não se reduzindo somente nas fases terminais, e sim desde o início do diagnóstico.

Por fim, fica evidente a necessidade do cuidado paliativo neonatal, no qual visa diminuir o sofrimento do RN que enfrenta condições médicas complexas ou ameaçadoras à vida e de sua família. O cuidado paliativo vai além das abordagens médicas, este, visa um cuidado abrangente, não se limitando apenas ao alívio da dor, mas também envolve o suporte emocional e espiritual para os pais e familiares. Esse tipo de cuidado é baseado nos princípios éticos de beneficência e não maleficência, promovendo um tratamento respeitoso e digno para o doente, priorizando o conforto do neonato, para que independentemente do desfecho, cada vida seja valorizada e honrada.

REFERÊNCIAS:

CAMILO, B. H. N. et al. Comunicação de más notícias no contexto dos cuidados paliativos neonatal: experiência de enfermeiros intensivistas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 43, p. e20210040, 14 jan. 2022.

LOPES, C. M. C. Cuidados paliativos em unidade de tratamento intensivo neonatal / Palliative care in a neonatal intensive care unit. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 4, n. 6, p. 25731–25753, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n6-172. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/39864>. Acesso em: 17 oct. 2023.

LO, Denise Swei; HEIN, Noely; BULGARELI, Jaqueline Vilela. Pediatric palliative care and end-of-life: a systematic review of economic health analyses. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 40, p. e2021002, 2022.

Marty CM, Carter BS. Ethics and palliative care in the perinatal world. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2018 Feb;23(1):35-38. doi: 10.1016/j.siny.2017.09.001. Epub 2017 Sep 13. PMID: 28916237.

MELO, Cynthia F. et al. Comunicação de más notícias no trabalho médico: um olhar do paciente com prognóstico reservado. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00226194. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs226> .

O manejo da dor em pacientes neonatais nos Cuidados Paliativos | Revista Eletrônica Acervo Médico. acervomais.com.br, 10 maio 2023.

SILVA, E.M.B; SILVA, M.J.M.; SILVA, D.M. Percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos neonatais. *Scielo*.2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/MS66dKqGn9j9xCLWmsBgQYK/?lang=pt#..>Acesso em: 17 oct. 2023.

SANTANA, V. et al. Indication of neonatal palliative care: need for a guideline? *Residência Pediátrica*, v. 9, n. 3, p. 275–283, 2019.

THAÍS, C. et al. *Brazilian Journal of Development*. *Brazilian Journal of Development*, v. 10, p. 68304–68315, 2022.

Vista do CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS E A ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL. Disponível em: <<https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/12902/8958>>. Acesso em: 18 out. 2023.

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE MEDICINA DA DOR E CUIDADOS PALIATIVOS. Cuidados Paliativos Pediátricos: O que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2021;

RODRIGUES, Bárbara Rocha; BOSCOLO, Ana Paula Oliveira; LEÃO, Letícia Lemos; et al. Desafios na implementação de Cuidados Paliativos na Neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista da Universidade Federal do Triângulo Mineiro* . 2022; 1-11

Brazil - Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 3.519/GM/MS, de 29 de outubro de 2018. Diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz

dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2018

Parravicini E. Neonatal palliative care. Curr Opin Pediatr. 2017 Apr;29(2):135-140. doi: 10.1097/MOP.0000000000000464. PMID: 28092282.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. Cadernos CREMESP. 2023. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf. Acesso em 18 out. 2023

Capítulo 11



10.37423/240408943

GERIATRIA

Juliana Cristina de Vasconcellos Benatti

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Marcos Vinícius Montuan Batista

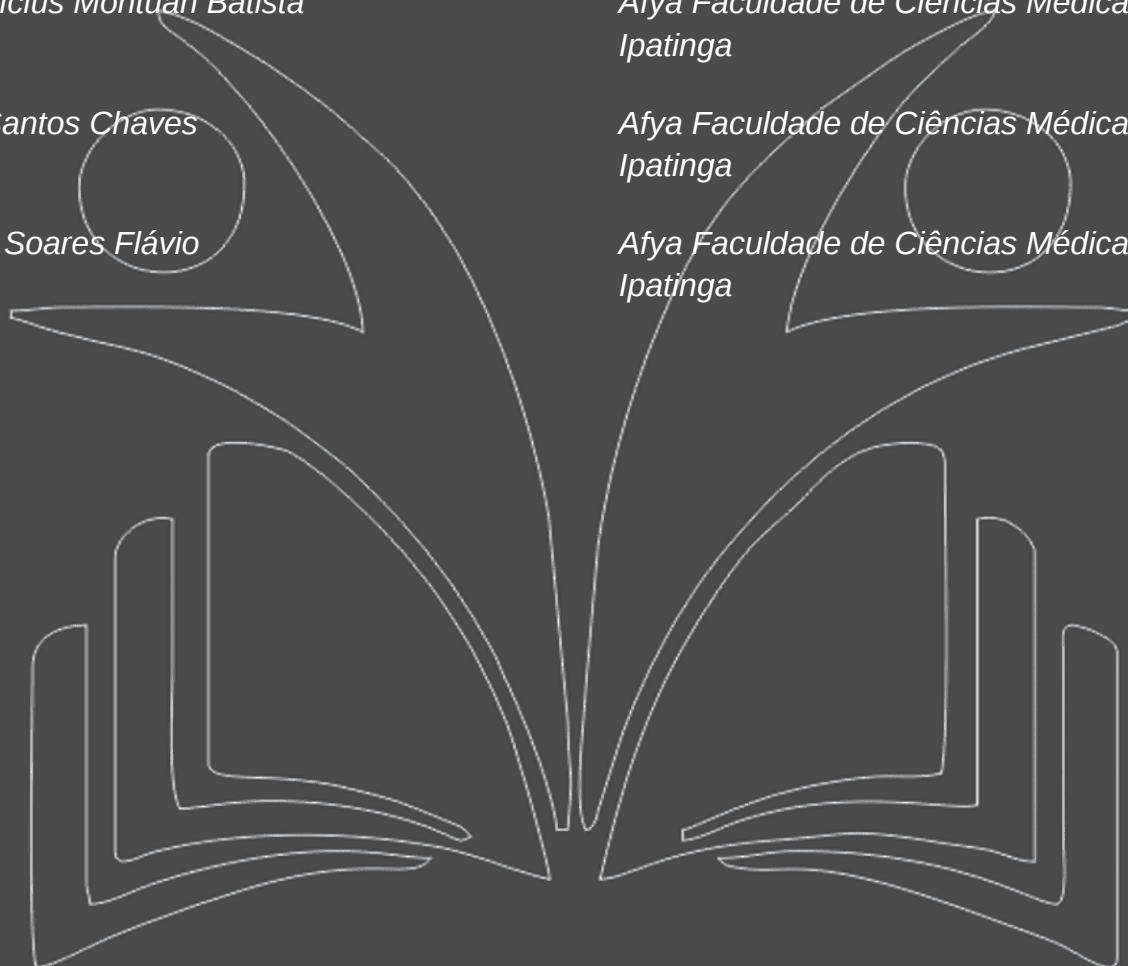
Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Lindamar Santos Chaves

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Lívia Maria Soares Flávio

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

O envelhecimento da população mundial é um evento sem precedentes. Em 2019, mais de um bilhão de pessoas tinham mais de 60 anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que este número aumente para 1.4 bilhão em 2030 e 2.1 bilhões até 2050.

O Brasil experimenta um dos maiores envelhecimentos demográficos mundiais, com uma transição que ocorre em um contexto de poucos recursos e grandes desigualdades sociais. Enquanto estima-se que até 2050 a quantidade de idosos duplique no mundo, no Brasil, esta quantidade deve triplicar, chegando aos quase 70 milhões de pessoas. Ainda segundo a OMS, em 2025 a população idosa do Brasil será a sexta do mundo.

O aumento da expectativa de vida gera desafios para a saúde pública, pois as doenças crônicas da velhice se tornam mais prevalentes, causando mudanças significativas nos padrões de morbimortalidade. No que diz respeito às velhices dissidentes de gênero e sexualidade os desafios tornam-se ainda maiores e seu enfrentamento mais urgente, por envolver uma população sob constante risco de marginalização e violência.

INTRODUÇÃO

Diante de desafios relevantes em Saúde Pública – como epidemias, pandemias, surgimento de novas bactérias super-resistentes, retorno de doenças erradicadas por queda nas taxas vacinais – um em especial se destaca: o envelhecimento populacional e o consequente aumento da prevalência de doenças crônicas. De acordo com a OMS, pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver além dos 60 anos (OMS, 2015). As consequências disso para a saúde, para os sistemas de saúde, seus orçamentos e para os trabalhadores e usuários dos sistemas de saúde serão profundas.

Entretanto, diferentemente do que os estereótipos fazem pensar, não existe um idoso “típico”. As capacidades e necessidades dos idosos são diversas e não aleatórias, visto que advêm de eventos que ocorrem no curso de uma vida inteira e que, por isso mesmo, são modificáveis – o que ressalta a importância da abordagem do ciclo de vida para que o processo de envelhecimento seja compreendido. Conquanto a maior parte das pessoas apresente múltiplos problemas de saúde com o avançar da idade – sobretudo em países em desenvolvimento, como o Brasil – o envelhecimento não implica em dependência. Esta, quando ocorre, se dá em consequência de outros fatores, como acesso limitado à saúde, situação econômico-financeira deficitária e aspectos psicossociais precários. Os idosos dissidentes de gênero e sexualidade padecem precisamente desses fatores.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Por dissidentes de gênero e sexualidade entendemos todos aqueles que fogem à heteronormatividade e que têm sido descritos sob a sigla LGBTQIAPN+ e suas variações. A compreensão das terminologias é importante para a apreensão da discussão deste capítulo, a saber: (BRASIL, 2013)

- Lésbicas e Gays (LG): são homossexuais, ou seja, pessoas que sentem atração sexual, emocional ou afetiva por pessoas que se identificam pelo mesmo gênero.
- Bissexuais (B): são pessoas que se relacionam sexual, emocional ou afetivamente com ambos os gêneros, partindo de uma perspectiva binária – homem e mulher.
- Transexuais / Transgêneros (T): é o termo utilizado para designar mulheres e homens que não se identificam com seu sexo biológico nem com suas atribuições socioculturais.
- Travestis (T): relacionam-se com o mundo no gênero feminino, no que diz respeito às aparências e formas assumidas por meio do uso de hormônios feminilizantes e/ou aplicações

de silicone, tendo como característica marcante a mistura das características femininas e masculinas em um mesmo corpo.

- *Queer (Q)*: designa sujeitos que apresentam sexualidade desviante, que não desejam ser integrados ou rotulados, que não se identificam com as normas regulatórias da sociedade e não conseguem definir o seu gênero ou a sua orientação sexual (LOURO GL, 2016).
- Intersexuais (I): engloba os Distúrbios da Diferenciação Sexual (DDS). Trata-se de um fenômeno orgânico, oriundo de um desequilíbrio entre os fatores e eventos responsáveis pela determinação e diferenciação sexuais, que se configura quando o indivíduo apresenta ambiguidades, anomalias ou incongruências no componente biológico da sua identidade sexual, ou seja, no seu sexo cromossômico, endócrino e/ou morfológico. No passado, eram chamados de hermafroditas (FRASER RTD e LIMA IMSO, 2012).
- Assexuais (A): são pessoas que não sentem atração sexual ou não se relacionam sexualmente com outras pessoas, independente do gênero. Isso, entretanto, não as impede de se relacionarem afetivamente com outras pessoas, em qualquer expressão da orientação (hetero, bi ou homossexual).
- Pansexuais (P): pessoas que sentem atração sexual, emocional ou afetiva por pessoas de todos os gêneros, orientações ou condições biológicas.
- Não-binários (N): pessoas que não se percebem como exclusivamente pertencentes a um único gênero.
- Mais (+): demais formas de expressão e vivência da sexualidade.

Neste capítulo, para fins de fluidez de leitura, de agora em diante adotaremos a sigla LGBTQ+ para nos referir a este grupo de sujeitos.

SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

A Constituição Federal de 1988 foi clara ao estabelecer a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado (Brasil, 1988). Nossa Carta Magna também tem como fundamento a dignidade da pessoa humana. Da mesma forma, a universalidade e a equidade estão entre os princípios básicos e inegociáveis do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Já o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) regula os direitos assegurados à pessoa idosa, enfatizando que goza dos mesmos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. Isto posto, falar de direitos de acesso à saúde da população

idosos LGBT+, não se trata da reivindicação de novos direitos ou privilégios, mas de obediência às leis vigentes.

Ainda no tocante à saúde pública, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais é considerada um marco, por promover a saúde integral da população LGBT+, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013).

Outro marco importante na luta por igualdade destes cidadãos foi o reconhecimento, por parte do Superior Tribunal Federal (STF) da União Estável Homoafetiva (BRASIL, 2011). Por meio deste reconhecimento, foi estabelecido aos cidadãos LGBT+ o acesso ao Direito de Família, Direito de Sucessão, Direito Previdenciário, Direito Tributário, etc., que há muito eram assegurados aos casais heteroafetivos.

Na ocasião da escrita deste capítulo (out/23), tramita na Câmara dos Deputados um projeto de lei que visa alterar a lei 10406/2002 (BRASIL, 2002) e proibir o casamento de pessoas do mesmo sexo. Caso seja aprovado, representará um retrocesso importante, com reflexos substanciais na qualidade de vida e envelhecimento dos cidadãos LGBT+. Afinal, em função do reconhecimento da União Estável Homoafetiva foi possível a estes cidadãos acessar direito de herança, inclusão do companheiro(a) no plano de saúde, declarar dependência no Imposto sobre a Renda Retido na Fonte (IRRF), direito de pensão por morte do companheiro(a). A suspensão desses direitos implicaria em aumento da vulnerabilidade socioeconômica dos idosos, cujos custos financeiros em saúde tendem a crescer com o avançar dos anos.

VELHICES LGBT+

A população LGBT+ tem sido historicamente marginalizada por transgredir as normas socioculturais de sexualidade e gênero. Essas pessoas que hoje chegam à velhice cresceram em época e sociedade nas quais o preconceito era a regra, não a exceção. Foram condicionadas a ocupar um lugar social desprivilegiado, com acessos limitados em função da discriminação, do preconceito e da violência. Submetidas à desigualdade quando jovens, envelheceram sob seu jugo, ao qual se soma, agora, o etarismo, conceito utilizado para definir o preconceito e estereótipo direcionado a pessoas da terceira idade (KALACHE A, 2021). A LGBTfobia, portanto, pode ser considerada um importante determinante

social no processo saúde-doença, impactando também negativamente no processo de envelhecimento e terminalidade desta população.

Conforme já exposto, as velhices dissidentes de gênero e sexualidade são uma temática atual, desafiadora e urgente, por envolverem tanto a rápida transição demográfica verificada mundo afora quanto uma população sob risco significativo de marginalização e violência. Desse modo, é indispensável que esta discussão tenha por base uma interlocução institucional, dadas as especificidades das demandas da pessoa idosa LGBTQ+ em relação às heteronormativas.

Entretanto, esta interlocução institucional - especialmente em relação às políticas públicas - é prejudicada pela falta de informações precisas sobre a população LGBTQ+ no Brasil. Somente em 2019, pela primeira vez e em caráter experimental, o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) abrangeu informações sobre a orientação sexual da população brasileira (IBGE, 2022). Os dados, porém, não foram estratificados por faixa etária, somente por nível socioeconômico, de modo que não é possível saber quantos são os idosos LGBTQ+ hoje, nem quantos serão num futuro próximo. A pesquisa também não abordou identidades de gênero, somente orientação sexual. Além disso, o estigma social e o etarismo ainda contribuem para o silenciamento dessa população que, por vezes, prefere não se identificar como pessoa idosa LGBTQ+. Tais ocorrências pouco favorecem a análise e a implementação de medidas de saúde e intervenções sociais adequadas para esse grupo - pelo contrário, aumentam os empecilhos para o estabelecimento de políticas públicas efetivas para essa população, visto que a quantificação insuficiente contribui para a invisibilidade.

No que diz respeito ao envelhecimento, assim como as demais vivências humanas, não deve ser pensado no singular, mas no plural, afinal, são tantas as experiências de velhice quantos são os sujeitos humanos. Entretanto, para as pessoas LGBTQ+ a velhice pode trazer à baila confrontos que estiveram mais ou menos latentes ao longo da vida.

Em muitas famílias, há ruptura do vínculo com a pessoa LGBTQ+ quando acontece a revelação de sua identidade sexual ou de gênero. Caso este vínculo não seja restabelecido, dois cenários são mais frequentes: o estabelecimento de uma nova “família do coração” ou “família de escolha” – formada por casais e amigos – ou a solidão / isolamento social. Deste último cenário fazem parte indivíduos solteiros e usualmente sem filhos ou outros parentes biológicos a quem acionar em caso de adoecimento ou emergências. São pessoas que enfrentarão os desafios e perdas da velhice sem suporte social e afetivo e, por isso, experimentarão vulnerabilidade ainda maior, com risco aumentado

de desenvolver transtornos psiquiátricos bem como de realizar controle insatisfatório de doenças crônicas.

Com relação à “família do coração”, há distintas nomenclaturas, mas, de modo geral, referem-se a grupos de pessoas que se vinculam entre si mediante alguma afinidade e oferecem suporte e proteção mutuamente (PERILO M 2014). O conceito surgiu nos Estados Unidos na década de 1990, e foi um importante marco para a compreensão das realidades vividas pela comunidade LGBTQ+. (WESTON K, 1991)

Uma representação desse formato familiar pode ser visualizada na série *Pose*, drama norte-americano que tangencia inúmeras questões das vivências LGBTQ+, tais como: o estigma e a vida das pessoas que convivem com o HIV, a luta social das pessoas LGBTQ+ (sobretudo afro-americanas), o abandono familiar e do Estado, dentre outras. O mote desta produção cinematográfica é a “família de escolha”. A trama apresenta vários personagens que convivem juntos em irmandades - as chamadas “Casas”-, enfrentam as dificuldades de fazer parte de uma minoria marginalizada nos anos de 1980-90 e que, por isso, acabam se tornando uma família. A chefe da Casa, tida como mãe, assume o papel de cuidadora e orientadora dos demais, que recebem o título de filhos. Além disso, a série retrata conflitos entre as famílias de sangue e de escolha, estabelecendo um contraponto entre a família biológica que rejeitou e aquela que acolheu.

A produção representou uma conquista em termos de visibilidade e representatividade, sendo aclamada por público e crítica. *Pose* foi premiada três vezes pela organização não-governamental estadunidense *Gay & Lesbian Alliance Against Defamation (GLAAD Media)* como melhor série dramática (nos anos de 2019, 2020 e 2022), além de conquistar premiações como o *Peabody Award* em 2019. Os atores protagonistas também foram agraciados: Billy Porter com o *Emmy*, em 2019 e MJ. Rodriguez em 2022 com o Globo de Ouro de melhor atriz - fato que a fez entrar para a história como a primeira mulher trans a ganhar o prêmio.

No que se refere à atenção em saúde, cabe ressaltar que essa configuração familiar deve ser respeitada e considerada tanto quanto uma família biológica. Nas consultas e atendimentos de saúde, este “familiar afetivo” deve ser incluído nos planos de cuidado e tomadas de decisão. A esse respeito, é importante perguntar quem o idoso considera como família, e, nos casos de doenças que ameaçam a continuidade da vida ou terminalidade, quem gostaria que respondesse por ele quando já não mais puder fazê-lo. Ainda, no que se refere à terminalidade, devemos lembrar que os cuidados não se

encerram com a morte do paciente. A família enlutada deve ser assistida e ter seu luto acolhido – seja ela biológica ou “do coração”.

Lamentavelmente, entretanto, o respeito e inclusão da “família do coração” no tratamento e demais propedêuticas do paciente LGBTQ+ idoso não são assegurados em todos os casos. Esse fato pode resultar não apenas de preconceito por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento, mas também de insegurança resultante da falta de treinamento ou instrução adequada para abordagem da população LGBTQ+.

De maneira geral, os currículos atuais das diversas profissões da área da saúde não contemplam discussões a respeito da diversidade sexual e de gênero, tampouco formas adequadas de abordagem das populações LGBTQ+. Quando muito, o tema é tratado em projetos de extensão ou iniciativas discentes, como as Ligas Acadêmicas. Como vimos, este estado de coisas contribui para a invisibilidade dos cidadãos LGBTQ+ pelo Sistema de Saúde - o que viola o princípio constitucional da saúde como direito de todos.

Ademais, o despreparo dos profissionais de saúde - e consequentemente, a má qualidade da atenção prestada - contribui para que os indivíduos LGBTQ+ passem a evitar ou adiar a busca por atendimento em saúde, o que implica em prejuízos à saúde e, em determinados casos, até mesmo risco de vida.(COSTA-VAL A, et al., 2022)

Cabe lembrar que o Estatuto do idoso também prevê capacitação dos profissionais nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos - o que, para garantir a integralidade da atenção, deve incluir formação em sexualidade e diversidade.

Além disso, mesmo que busquem os serviços de saúde e sejam devidamente atendidos, muitos desses pacientes optam por não revelar sua sexualidade para seus cuidadores e profissionais da saúde, por receio de sofrer discriminação ou outras formas de violência, afinal, mesmo entre os heterossexuais, é comum que idosos sofram maus tratos por parte de seus cuidadores, familiares ou profissionais de saúde. No caso dos idosos LGBTQ+, o risco de abuso aumenta em função do preconceito e do etarismo (GOMES HV, et al., 2022)

No que tange ao etarismo, é necessário pontuar que, na população LGBTQ+ o preconceito não é vivido apenas externamente, na relação com o outro, mas também de maneira interna, partindo do próprio indivíduo, a respeito de suas convicções e crenças sobre quem ele é e o que se tornou. Parte da população LGBTQ+, sobretudo os homens gays, tende a não perceber a velhice como algo natural ou

mesmo positivo, mas como uma etapa da vida que espelha solidão, tristeza e incapacidade. É comum que homens mais velhos da comunidade sejam estigmatizados, designados por termos pejorativos como “maricona” ou “bicha velha” - expressões cujo significado (homem gay velho, brega, ultrapassado, decadente) o ridiculariza. (SANTOS JVO, et al., 2018)

Assim, mesmo entre a comunidade gay, os homens mais velhos, em sua maioria, são discriminados, pois são associados à incapacidade, perda de vitalidade, beleza e vigor - um estereótipo equivocado ao equivaler envelhecimento e invalidez. Tal fato leva aqueles com mais idade e que não se encaixam nos padrões estéticos a buscarem por artifícios que os façam sentir ou parecer mais jovens, recorrendo a exercícios físicos, procedimentos estéticos e dietas. Esta busca por jovialidade, se mal conduzida e orientada, pode resultar em procedimentos cirúrgicos desnecessários, perigosos ou mesmo clandestinos. Assim, muitos homossexuais, sejam idosos ou jovens, acabam por negligenciar sua saúde para atingir o padrão idealizado, abusando de medicamentos para emagrecer, exercícios físicos e dietas extremas. (SANTOS JVO, et al., 2018)

Desta forma, pode-se perceber a pluralidade de aspectos que contribuem para a vulnerabilidade do idoso LGBT+ no Brasil. Neste panorama, estes cidadãos enfrentam não apenas os desafios inerentes à terceira idade, como também precisam ultrapassar as barreiras impostas pelo fato de não se encaixarem no padrão heteronormativo amplamente difundido pela mídia e pela própria sociedade.

TERMINALIDADE

Como foi demonstrado o envelhecer LGBT+ tem contornos diversos dos da “velhice convencional”. As características psicossociais e as relações sociais que acompanharam estes idosos ao longo da vida se fazem presentes também na senilidade.

Uma revisão sistemática conduzida por pesquisadores norte-americanos apontou que no que concerne à institucionalização, os idosos temem ser discriminados, receber menos cuidados, perder suas identidades ou sofrer violência física ou verbal (CACERES BA, et al., 2020). Isto é, temem sofrer, no fim de vida, dos mesmos males que os assolaram quando jovens. Temor este - como demonstrado - justificado pela falta de preparo e formação acadêmica dos profissionais de saúde para abordar questões relacionadas à diversidade de gênero e sexualidade, além da ausência de treinamento específico para prestação de atendimento mais inclusivo.

Em Geriatria, a chamada “Insuficiência familiar” é apontada como um dos grandes desafios a serem enfrentados. O conceito é definido como ausência de condições adequadas para que os idosos

recebam os cuidados e suporte necessários por parte de seus familiares (SETOGUCHI et al., 2022). Conforme discutimos, este ponto torna-se ainda mais sensível quando se refere aos idosos LGBTQ+. Nos casos em que o fim de vida é marcado por dependência e fragilidade, estas diferenças se atualizam e contribuem para aumentar sua vulnerabilidade. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) podem, então, se tornar a última moradia destes indivíduos.

As ILPIs são definidas como estabelecimentos que oferecem acolhimento, cuidados e assistência a pessoas idosas que não possuem condições de morar sozinhas ou com suas famílias. Suas principais atribuições são promover o bem-estar dos residentes, prover cuidados de saúde, alimentação, higiene e lazer, além de garantir a segurança e a qualidade de vida dos idosos. Este tipo de instituição também deveria oferecer serviços de reabilitação, apoio emocional e social, promovendo a integração com a comunidade e estimulando a participação em atividades do dia a dia, buscando sempre a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Todavia, é sabido que no Brasil, a internação de idosos em ILPIs não conta com o aparato necessário para o acolhimento dos idosos em geral, que dirá ao idoso LGBTQ+. (BRASIL, 2021)

Em um contexto de tantas fragilidades – física, emocional e social – um profissional de saúde habilitado a direcionar olhar e atenção cuidadosos para estas susceptibilidades é essencial para minimizar as disparidades e garantir uma assistência segura, acolhedora e de fato integral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ação Direta de Inconstitucionalidade. 2011. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=628635>. Acessado em: 16 de outubro de 2023.

BRASIL. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. 2011. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=628633>. Acessado em: 16 de outubro de 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. 1990. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>. Acessado em: 18 de outubro de 2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acessado em: 20 de outubro de 2023.

BRASIL. Contrato civil de união homoafetiva. 2002. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/346155>. Acessado em: 17 de outubro de 2023.

BRASIL. Estatuto da Pessoa Idosa. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acessado em: 18 de outubro de 2023.

BRASIL. Manual de fiscalização das instituições de longa permanência para os conselhos estaduais e municipais da pessoa idosa. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-idosa/manual-de-fiscalizacao-das-ilpis.pdf>. Acesso em: 20 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/publico-lgbt/politica-nacional-de-saude-integral-lgbt>. Acesso em: 17 de outubro de 2023.

CACERES BA, et al. Provider and LGBT Individuals' Perspectives on LGBT Issues in Long-Term Care: A Systematic Review. *Gerontologist*, 2020 60(3): e169-e183.

COSTA-VAL A, et al. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2022; 32: 1-21.

FRASER RTD, LIMA IMSO. Intersexualidade e Direito à Identidade: uma discussão sobre o assentamento civil de crianças intersexuadas. *Journal of Human Growth and Development*, 2012.

GOMES HV, et al. Envelhecimento de homens gays brasileiros. *Psychologica*, 2020; 63(1): 45-64.

IBGE. Orientação sexual das pessoas de 18 anos ou mais. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33785-em-pesquisa-inedita-do-ibge-2-9-milhoes-de-adultos-se-declararam-homossexuais-ou-bissexuais-em-2019>. Acesso em: 20 out 2023.

KALACHE A. Precisamos falar sobre velhice LGBT+. Rio de Janeiro: SBGG, 2021.

LOURO GL. Teoria queer: uma política pós-identitária para a educação. Revista estudos feministas, 2001.

PERILO M. Em trânsito com as “famílias LGBT”: sobre redes de suporte e proteção de adolescentes e jovens na cidade de São Paulo. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2014.

SANTOS JVO, et al. Atitudes e estereótipos em relação à velhice LGBT. Revista de Estudos em Língua e Literatura, 2018; 28: 1-13.

SETOGUCHI, LS, et al. Insuficiência familiar e a condição e os marcadores de fragilidade física de idosos em assistência ambulatorial. Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 26, p. e20210375, 2022.

WESTON K. Families we choose. New York: Columbia Press University, 1958; 357p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health and Ageing. Genebra: Ageing data portal. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1. Acesso em: 18 de outubro de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 18 de outubro de 2023.

Capítulo 12



10.37423/240408944

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Caroline Kíssila Pereira Pascoal

Myllena Maciel Ribeiro

Mariana Soares Meireles

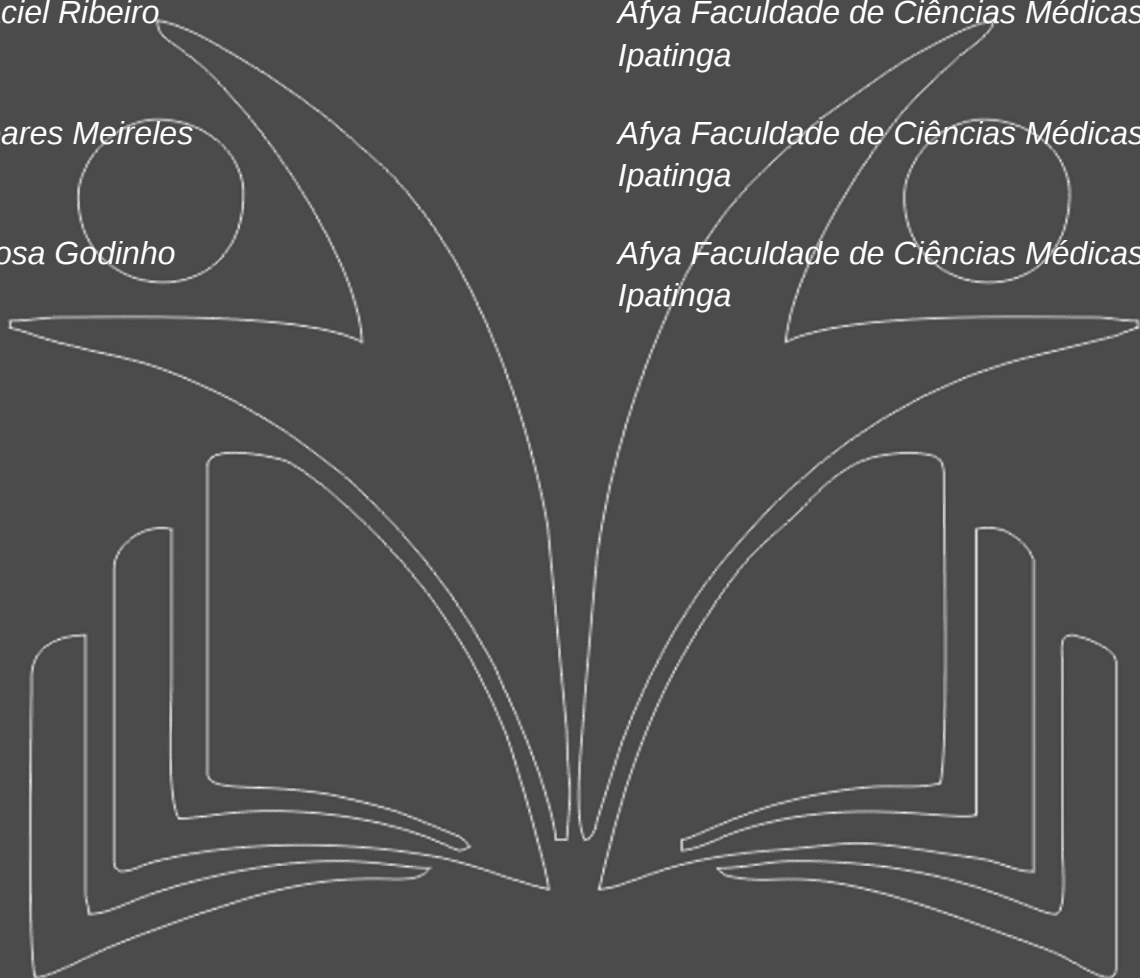
Tiago Barbosa Godinho

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

Neste capítulo, adentramos em um universo sensível e fundamental: o câncer de mama e os cuidados paliativos. O diagnóstico de câncer de mama traz consigo desafios emocionais e físicos, não apenas para as pacientes, mas também para suas famílias e equipes de saúde. É uma jornada marcada por esperanças e incertezas, onde o tratamento e o apoio podem fazer toda a diferença.

Neste espaço, exploramos a integração dos princípios dos cuidados paliativos na abordagem do câncer de mama. Discutiremos o alívio de sintomas, a importância de reconhecer a vida e a morte como processos naturais, e como a abordagem holística considera o bem-estar psicológico e social. Examinamos a busca por uma vida ativa durante o tratamento, bem como a necessidade de apoio familiar e o papel da equipe interdisciplinar.

INTRODUÇÃO

A ginecologia e obstetrícia é uma especialidade médica que passou a ser reconhecida como tal no ano de 1930. A área da ginecologia cuida da saúde do aparelho reprodutor feminino e das mamas, já a área obstétrica é mais voltada para os cuidados com a reprodução humana, acompanhando a paciente durante a gestação e o pós parto. Ambas se complementam.

Os cuidados paliativos apresentam um fundamental papel no tratamento de bem estar dos pacientes que se encontram na fase terminal ou de suporte básico da vida. Estes cuidados oferecem suporte físico, emocional e adequado para uma melhora na qualidade de vida dos pacientes. Abordamos também a gestão da dor do paciente, para garantir um controle adequado dos sintomas. Vale ressaltar que os cuidados envolvem um trabalho multidisciplinar, na maioria das vezes sendo necessário o acompanhamento com profissionais como psicólogos, assistentes sociais e entre outros. Neste capítulo, iremos abordar os cuidados paliativos voltados para a área ginecológica, mas principalmente para os cuidados paliativos em pacientes com câncer de mama.

CÂNCER DE MAMA

Segundo o Tratado de Ginecologia da FEBRASGO (2018), o câncer (CA) de mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres, com cerca de 2,4 milhões de casos diagnosticados anualmente em todo o mundo. A maioria desses casos, cerca de 70%, não está diretamente ligada a fatores ambientais ou pessoais específicos, tornando o estudo de fatores multifatoriais essencial. Compreender os fatores de risco e seus impactos é fundamental na prática clínica, uma vez que intervenções podem reduzir o risco. Cerca de 20% dos casos têm histórico familiar, enquanto 5% a 15% são hereditários, com padrões de herança específicos ou mutações genéticas sugestivas em pacientes sem histórico familiar, como mulheres jovens com câncer triplo-negativo ou *basal-like*.

De acordo com Ribeiro WA, *et al.* (2021), a morte e doenças graves, como câncer, continuam a ser consideradas tabus em nossa sociedade, pois afetam não apenas a saúde física, mas também o bem-estar mental, social e emocional, tanto do paciente quanto de seus familiares. Dessa forma, os cuidados paliativos oferecem uma abordagem holística para aliviar o sofrimento, melhorar a qualidade de vida e proporcionar suporte emocional não apenas ao paciente, mas também à família. A equipe multidisciplinar se dedica a garantir que os pacientes enfrentem a jornada da doença com dignidade e conforto, concentrando-se não apenas nos aspectos físicos da dor e dos sintomas, mas também nas necessidades psicossociais e espirituais. Ao lidar com questões tão sensíveis, os cuidados paliativos

desempenham um papel crucial, proporcionando compreensão, alívio e apoio em um momento de vulnerabilidade.

EPIDEMIOLOGIA

Conformados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2021), o câncer de mama é o tipo mais prevalente no Brasil em ambos sexos, perdendo apenas para o câncer de pele. Nas mulheres brasileiras é o tipo de tumor mais encontrado e no homem, corresponde apenas a 1%.

FATORES DE RISCO

De acordo com Cruz IL, *et al.* (2023), o câncer de mama esporádico, ou seja, aquele que não possui fatores genéticos é o mais comum mundialmente, representando 90% dos casos. Esse carcinoma está ligado à síntese de esteroides sexuais, logo, entre os fatores de risco estão menarca precoce, menopausa tardia, gestação, nuliparidade, uso de contraceptivos orais combinados, terapia de reposição hormonal, obesidade e história familiar da doença.

FISIOPATOLOGIA

O câncer de mama é um tumor que se desenvolve nos seios. Segundo Santos TA e Gonzaga MF (2018), para que uma célula seja cancerígena, além de mutações em seu material genético, elas precisam adquirir capacidade de se multiplicar desordenadamente e de evitar a apoptose. Em contrapartida, quando uma célula sofre uma mutação que faça a mesma apenas se dividir, não invadindo outros tecidos, temos os chamados tumores benignos. Pontuasse que, algumas desordens de genes estão relacionadas a uma maior prevalência dessa doença: desordens no gene BRCA1 estão mais associadas a tumores de mama triplo-negativos e no gene BRCA2 a tumores de mama masculinos.

HISTOLOGIA

Através do Tratado de Ginecologia da FEBRASGO (2018) obtemos a informação de que lesões que causam a multiplicação anormal das células da mama, podem gerar um tumor, sendo cada um deles classificado por suas particularidades e os classificamos de acordo com a localização anatômica, extensão clínica e patológica, duração dos sinais e/ou sintomas, gênero, idade, tipo e grau histológico.

Entre o mais comum, citamos o câncer de mama invasivo, sendo responsável por 75% dos casos. Ele se desenvolve no ducto mamário tendo suas paredes invadidas pelas células tumorais, se disseminando para os lóbulos mamários, podendo migrar para os linfonodos regionais ou outros

órgãos pela cadeia linfática ou circulação sanguínea, gerando uma metástase. Esse tipo histológico pode se manifestar de forma única, multifocal e/ou bilateralmente. Podem ser classificados em graus 1, 2 e 3. O grau 1 é relacionado a tumores menos agressivos ou luminais, no grau 2 as células têm divisão um pouco mais rápida do que as células normais, enquanto no grau 3 o crescimento celular está acelerado e desorganizado (SANTOS TA e GONZAGA MF, 2018).

De acordo com Souza JL, *et al.* (2019), o segundo tipo mais frequente é o carcinoma lobular invasivo, correspondendo a 10 a 15%, sendo o tipo clássico mais responsivo à terapia hormonal. Se formam nas células produtoras de leite, nos lóbulos. Suas características geram complicações como disseminação para locais incomuns, como revestimento do trato gastrointestinal e urinário.

Temos também outros tipos, como o carcinoma tubular da mama, que é um subtipo de ductal invasivo, menos agressivo e com bom prognóstico. Alguns outros carcinomas menos comuns, alguns até raros, são: carcinoma papilífero, carcinoma inflamatório, carcinoma medular, carcinoma mucinoso ou colóide. (SANTOS TA e GONZAGA MF, 2018).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Santos AR (2019) elucida a informação de queo exame clínico é essencial na propedêutica diagnóstica, sendo realizado como uma parte do exame físico ginecológico. A clínica desse CA varia desde uma paciente assintomática, até uma paciente sintomática que pode apresentar tumoração não dolorosa de limites irregulares, descarga papilar cristalina (tipo água de rocha) ou serosanguinolenta, edema na pele da mama (sinal da casca de laranja), retração da papila mamária e linfonodomegalia axilar, inversão de mamilo e alterações no contorno da mama.

RASTREAMENTO

O Ministério da Saúde (MS) (2022) esclarece que é recomendado que mulheres entre 50 e 69 anos realizem bianualmente a mamografia, se última normal, porém, se história familiar desta patologia, recomenda-se começar o rastreio aos 35 anos, e realizar o seguimento com exame clínico das mamas e mamografia anuais.

Após a realização da mamografia é utilizada a classificação de BI-RADS®, que varia de 0 a 6 e determina o significado dos achados mamográficos e a conduta frente a eles:

- BI-RADS 0 (exame inconclusivo): Necessita da realização de complementação com ultrassom (USG) de mamas e axilas;

- BI-RADS 1 (exame normal): exame clínico anual e mamografia bianual;
- BI-RADS 2 (achado radiológico benigno): exame clínico anual e mamografia anual;
- BI-RADS 3 (achado provavelmente benigno): acompanhamento do achado com ultrassom (USG) em 6 meses e depois anualmente até completar de 2 a 3 anos;
- BI-RADS 4 (lesão suspeita para câncer): biópsia;
- BI-RADS 5 (lesão altamente suspeita para câncer): biópsia;
- BI-RADS 6 (achado com comprovação maligna): tratamento de acordo com o tumor.

A partir da mamografia de rastreamento, as possíveis condutas preconizadas pelo sistema BI-RADS® para os casos alterados (suspeitos), ou seja, resultados BI-RADS® diferentes de 1 e 2, são: realização de incidências ou manobras, controle radiológico (mamografia), ultrassonografia mamária e investigação diagnóstica com a realização de biópsia (BRASIL, 2021).

DIAGNÓSTICO

Conforme Lima FG, *et al.*(2021), como primeira medida faz-se necessário a realização de uma boa anamnese, onde o médico consiga entender as informações passadas pelo paciente. Em seguida, o exame físico deve se proceder, sendo dividido em inspeção estática (realizada com paciente sentado, podendo-se detectar alterações de pigmentação, eczemas, espessamento de pele, obstrução linfática, erupções, ulcerações, abaulamentos ou retrações), inspeção dinâmica (pode ser realizada com paciente sentada por meio de manobras como elevação dos braços ou colocação das mãos sobre o quadril, busca-se retrações mamárias, palpação das regiões supra e infraclaviculares e axilares (procura de linfonodos), palpação das mamas e posicionar paciente em decúbito dorsal com as mãos atrás da nuca e palpar todos os quadrantes detalhadamente e expressão mamilar (desde a base até o complexo aréolo-papilar).

Conforme comentado por Bernardes NB, *et al.* (2019), os principais métodos de diagnóstico da doença são mamografia e exame clínico, porém exames complementares a esses podem ser realizados como USG, ressonância magnética, biópsia, BRCA1 E BRCA2, cintilografia e exames de sangue.

TRATAMENTO

Santori AN e Basso CS (2019) tornam claro que o tratamento do CA de mama deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar como forma de visar um atendimento integral. O tratamento depende do

tipo histológico do tumor, níveis dos receptores de progesterona e estrogênio no tecido tumoral, tamanho do tumor, idade e condições clínicas do paciente e estadiamento da doença. De maneira geral, as modalidades utilizadas como base para esse tratamento são radioterapia, quimioterapia, cirurgia e hormonioterapia. Uma associação entre cirurgia conservadora com tumorectomia ou setorectomia e pesquisa de linfonodo sentinela é o tratamento padrão para pacientes em estágio precoce. A quimioterapia neoadjuvante é considerada para tumores maiores, onde se deseja a conservação da mama. Já a radioterapia é utilizada de maneira adjuvante após a mastectomia ou no tratamento conservador após a mastectomia.

CUIDADOS PALIATIVOS: UMA ABORDAGEM HOLÍSTICA

DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021), a definição de cuidados paliativos baseia-se na abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares no contexto de uma doença grave e ameaçadora à vida, por meio da prevenção, do alívio do sofrimento, da identificação precoce e do tratamento da dor e de sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais.

OBJETIVOS E BENEFÍCIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

O INCA (2021) aclara que os cuidados da medicina paliativa demandam a presença de profissionais qualificados que ofereçam atendimento especializado e adaptado às necessidades individuais do paciente. É fundamental destacar que, os cuidados paliativos não são aplicados somente quando os tratamentos convencionais já não surtem efeito, mas sim como uma abordagem que deve ser implementada desde o momento do diagnóstico de uma doença crônica e progressiva. Além disso, eles podem ser integrados ao longo de um tratamento com o objetivo de curar ou retardar o avanço da doença, acompanhando o paciente até a fase final da vida.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo Nascimento JL, *et al.* (2023), uma equipe interprofissional e/ou multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, capelães, fisioterapeutas e outros especialistas, concentra seus esforços não na doença, mas sim no paciente. Esses diversos profissionais trabalham de maneira colaborativa, contribuindo com seus conhecimentos e habilidades dentro de sua área de domínio, de maneira a atender as necessidades individuais do paciente.

Para que essa abordagem interdisciplinar seja eficaz, cada membro da equipe deve dominar sua área de atuação e ser capaz de colaborar com os outros profissionais. A comunicação é a pedra angular desse cuidado, buscando sempre alcançar consenso e clareza quanto aos objetivos e estratégias propostas (SOUSA SMMT, *et al.*, 2019).

COMUNICAÇÃO EFICAZ COM FAMILIARES

A presença da família desempenha um papel crucial no apoio a esse paciente, sendo que envolver os familiares aprimora a prestação de cuidados, que devem ser moldados de acordo com os valores e escolhas do paciente. É importante reconhecer que, os desafios enfrentados pelo paciente também afetam todos aqueles que têm um vínculo afetivo com ele (MS, 2023).

Segundo Nascimento JL, *et al.* (2023), um elemento crucial da equipe de cuidados paliativos é a realização de conferências familiares, uma ferramenta vital para facilitar a comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e seus familiares, além de auxiliar na transição do cuidado, no enfrentamento da doença, no planejamento e na definição dos objetivos dos cuidados. É importante observar que o propósito da conferência familiar não é necessariamente fornecer uma solução, mas sim esclarecer as opções, ressaltando seus prós e contras. Portanto as conferências familiares são complexas, reunindo membros da família com diferentes compreensões da doença e do momento atual do paciente. No entanto, quando realizadas adequadamente, elas promovem cuidados alinhados com os desejos do paciente, facilitam a comunicação entre a equipe e a família, minimizam ruídos de comunicação e tornam os objetivos dos cuidados mais compreensíveis.

REDES DE APOIO AO PACIENTE E FAMILIARES

As redes de apoio em cuidados paliativos são essenciais para pacientes e suas famílias que enfrentam doenças avançadas ou terminais. Elas incluem uma equipe de profissionais de saúde especializados, grupos de apoio, serviços de aconselhamento, assistência social e hospitalar. Além disso, cuidadores, voluntários, redes comunitárias e recursos online desempenham papéis cruciais. Essas redes oferecem suporte emocional, informações, assistência prática e cuidados especializados, visando a melhorar a qualidade de vida e aliviar o sofrimento do paciente e de seus entes queridos (GOLDMAN RE, *et al.*, 2019).

CÂNCER DE MAMA E CUIDADOS PALIATIVOS: COMBINAÇÃO NECESSÁRIA

O PAPEL DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO TRATAMENTO DO CA DE MAMA

A abordagem dos cuidados paliativos no tratamento do câncer de mama é baseada em princípios fundamentais que incluem a busca pelo alívio da dor e outros sintomas debilitantes, a aceitação da vida e da morte como processos naturais, uma abordagem holística que considera os aspectos psicológicos, sociais e espirituais do cuidado, o compromisso de não adiantar nem adiar a morte, o apoio às famílias afetadas, a promoção de uma vida ativa e uma abordagem interdisciplinar. O INCA desempenha um papel crucial na oferta de cuidados paliativos para pacientes com câncer em suas Unidades Hospitalares, no Rio de Janeiro. O objetivo é proporcionar o melhor suporte possível para pacientes com câncer de mama e suas famílias, visando à qualidade de vida e ao alívio do sofrimento em todas as fases da doença (MS, 2023).

GERENCIAMENTO DA DOR E DOS SINTOMAS

Goldman RE (2019) esclarece que, geralmente, os médicos trabalham com uma escala de dor que varia de 0 a 10, porém essa escala varia de paciente para paciente, pois a quantificação da dor é algo subjetivo para cada paciente. Mas em um olhar panorâmico 0 pontos seria um paciente sem dor, de 1 a 3 um paciente com dor fraca, de 4 a 6 um paciente com dor moderada e de 7 a 10 um paciente com dor forte.

Em 1982, a OMS publicou a “Escada Analgésica”, constituída por 3 degraus, onde o degrau mais baixo equivale a uma dor mais branda e o degrau mais alto a uma dor mais intensa.

O degrau um se refere a dor leve à moderada, onde podemos abrir mão de uma droga não opiácea adicionada à uma droga adjuvante, como exemplos de medicamentos que podemos usar temos o ácido acetilsalicílico, os antiinflamatórios não esteroidais e o paracetamol. Já o segundo degrau se relaciona com uma dor moderada, onde se adiciona aos medicamentos do degrau anterior um opiáceo fraco, como a codeína ou o tramadol. E por fim, o terceiro degrau refere-se a uma dor intensa, onde a terapia de escolha é substituir o opiáceo fraco do degrau anterior por um opiáceo forte, podendo criar a combinação: opiáceo forte + adjuvante. Algumas medicações que podem ser utilizadas são morfina, metadona, fentanil e oxicodona.

De acordo com a Associação Beneficente da Síria HCOR (2021), é importante de ser lembrado que o uso de opióides pode ocasionar alguns efeitos colaterais, como constipação, náuseas, sedação,

prurido, retenção urinária e alterações no sistema nervoso central. Deve-se então fazer o controle desses efeitos, seja com uma profilaxia para já evitá-los ou com um tratamento quando eles já aconteceram, pode ser necessário também ajuste de dose.

APOIO EMOCIONAL E PSICOLÓGICO

Mediante diagnóstico do CA de mama, o paciente pode passar por determinadas fases como negação, raiva, barganha, depressão e por fim, aceitação. Faz-se necessário apoio emocional e psicológico em todas as fases. Reis GS (2021) clarifica que a reação do paciente ao receber o diagnóstico desse CA está ligada diretamente às informações prévias que o paciente já tem acerca da doença. Por um lado, podem haver pensamentos negativos causados pelo medo do risco de morrer, medo de discriminação, tristeza e dor ligadas a descoberta da doença, alteração da autoimagem entre outros. Por outro lado, podem acontecer pensamentos positivos relacionados à esperança de cura. Portanto, para enfrentamento desse processo, o acompanhamento psicológico, além do apoio emocional de parentes e amigos, torna-se imprescindível.

TOMADA DE DECISÕES COMPARTILHADAS

Segundo o INCA, o processo de comunicação entre equipe de saúde, pacientes e familiares é um desafio, mas deve ser sempre posta em prática objetivando o processo de humanização. Os cuidados paliativos têm como um de seus pilares a valorização da qualidade de vida, logo, faz-se necessário levar sempre em consideração as preferências do paciente e valores individuais e da família (MS, 2023).

CONCLUSÃO

O câncer de mama é uma doença com alta incidência em mulheres em todo o mundo. Compreender seus fatores de risco, sua fisiopatologia e os métodos de diagnóstico é essencial para um tratamento eficaz. Os cuidados paliativos desempenham um papel crucial no enfrentamento dessa doença, proporcionando alívio da dor, suporte emocional e tratamento holístico. A equipe multidisciplinar se dedica a garantir que o paciente enfrente a jornada da doença com dignidade e conforto, concentrando-se não apenas nos aspectos físicos, mas também nas necessidades psicossociais e espirituais. As conferências familiares são uma ferramenta valiosa para envolver os familiares no processo de cuidado, promovendo comunicação e compreensão.

O rastreamento é fundamental para a detecção precoce do câncer de mama, e o tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, considerando as características individuais do paciente. A gestão da dor e dos sintomas é parte integrante dos cuidados paliativos, com uma abordagem baseada na "Escada Analgésica" da OMS. O apoio emocional e psicológico é essencial para ajudar os pacientes a enfrentar o diagnóstico e o tratamento, enquanto a tomada de decisões compartilhadas garante que o tratamento esteja alinhado com as preferências e valores do paciente e de sua família. Em suma, a combinação de cuidados paliativos com o tratamento do câncer de mama é fundamental para melhorar a qualidade de vida e aliviar o sofrimento dos pacientes em todas as fases da doença.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. A avaliação do paciente em cuidados paliativos. 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 19 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Câncer de Mama - Tratamento. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-mama/tratamento>>. Acesso em: 18 out. 2023.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de mama: vamos falar sobre isso?. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/cartilha-mama-6-edicao-2021.pdf>. Acesso em: 18 out. 2023.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//parametros-tecnicos-deteccao-precoce-cancer-de-mama.pdf>. Acesso em: 18 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do câncer feminino: pesquisa do Ministério da Saúde revela aumento de exames de mamografia nos últimos 13 anos. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/prevencao-do-cancer-feminino-pesquisa-do-ministerio-da-saude-revela-aumento-de-exames-de-mamografia-nos-ultimos-13-anos#>. Acesso em: 19 out. 2023.
- CAMPOSEMP, VILAÇA AP O. Cuidados Paliativos e Psico-Oncologia. Editora Manole, 2021; 1-12p.
- CRUZ IL, et al. Câncer de mama em mulheres no Brasil: epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.9, p. 7579-7589, fev., 2023.
- FEBRASGO. Febrasgo - Tratado de Ginecologia. Grupo GEN, 2018, 912-975p.
- Goldman RE, et al. Brazilian Breast Cancer Care Network: the perspective of health managers. Revista Brasileira de Enfermagem, 2019; 72 (1): 81-274.
- LIMA FR, et al. Anamnese: Uma reflexão da sua importância na relação médico-paciente dentro da formação médica. Pesquisa Unifimes, 2021; 1: 1-8.
- Protocolo de dor. Revista HCOR, 2021; 1: 17-18.
- REIS GS. Finitude dentro da prática profissional: Cuidados paliativos com pacientes portadores de câncer de mama. Monografia (Bacharel em Enfermagem) - UniAGES. Centro Universitário AGES, Paripiranga, 2021; 28-34 p.
- RIBEIRO WA, et al. Câncer de mama: impactos e sentimental na vida da mulher. Revista Pró-UniverSUS, 2020; 11 (1): 14-20.
- SANTORINI AN, BASSO CS. Câncer de mama. Revista Perspectiva, 2019; v. 43, n. 161, p. 07-13.

SANTOS TA, GONZAGA MF. Fisiopatologia do câncer de mama e fatores relacionados. Revista Saúde em Foco, 2018; e10.:359-366.

SOUSA SMMT, et al. Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. Revista Saúde em Debate, 2019; 43 (122): 727-741.

SOUZA JL, et al. Perfil histopatológico e molecular do câncer de mama em mulheres assistidas em centro de oncologia do Agreste Pernambucano. Revista de Ciências da Saúde, 2019; 31 (2): 38-46.

Capítulo 13



10.37423/240408945

NEFROLOGIA

Danilo Ribeiro de Miranda

Brenda Sousa Matos

Graziele Mariano Fernandes

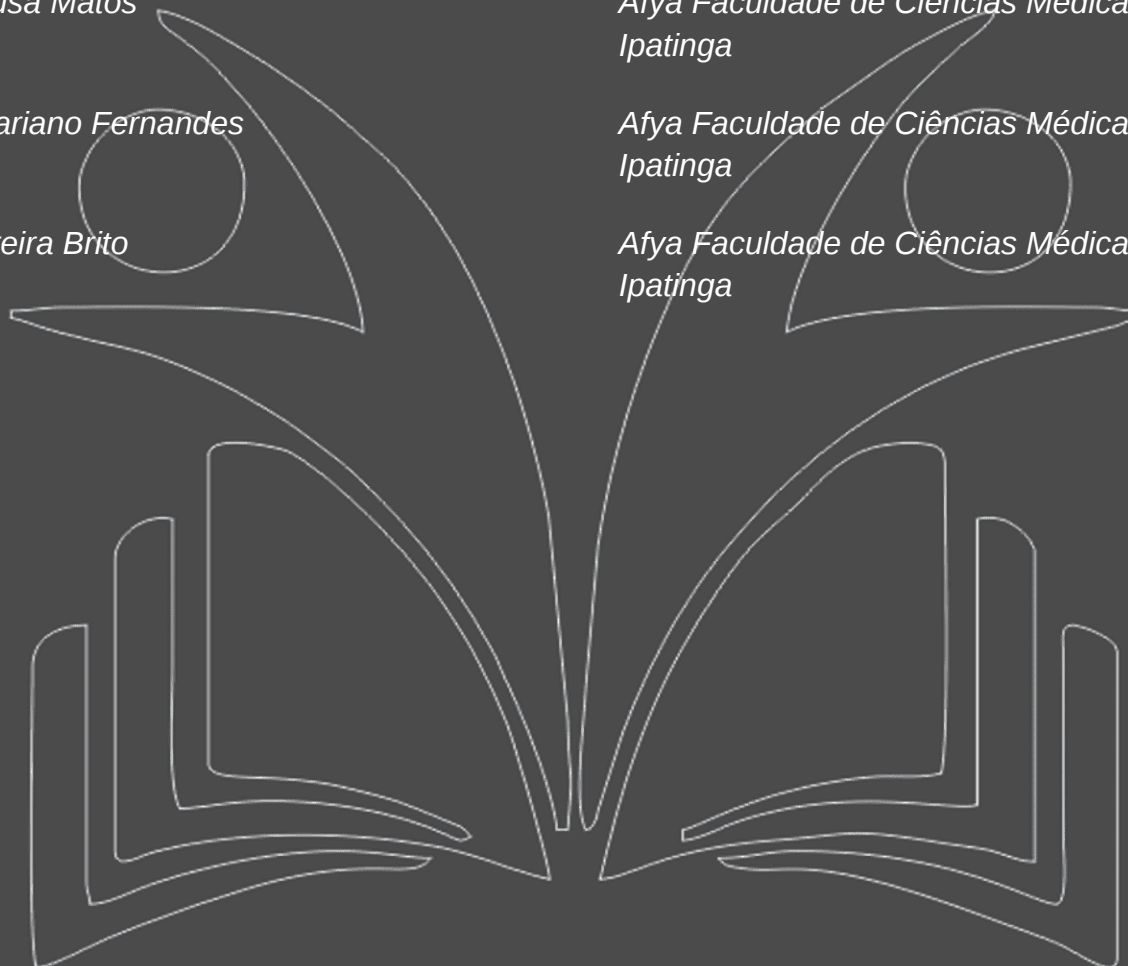
Melina Ferreira Brito

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela destruição progressiva dos rins até a sua completa disfunção, na maior parte dos casos, se apresenta assintomática no início do quadro, o que torna o diagnóstico tardio e a necessidade de tratamentos mais agressivos algo recorrente. Dessa maneira, é imprescindível a monitorização e o gerenciamento dos fatores de risco da DRC para diminuição da incidência dessa patologia. Além disso, observa-se que, muitas vezes, o tempo de sobrevida é baixo e o prognóstico ruim. Nesse cenário, torna-se evidente a importância da introdução dos cuidados paliativos no tratamento a fim de amenizar o sofrimento e a dor do paciente.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal (ANDRADE, 2020), sendo um importante problema de saúde pública mundial. A lesão renal aguda (LRA) e a doença renal crônica (DRC) estão associadas a elevados custos de cuidados de saúde e má qualidade de vida (SOCIEDADE NACIONAL DE NEFROLOGIA, 2019). É considerada uma doença silenciosa, o que ocasiona dificuldade na realização do diagnóstico precoce e da prevenção.

Existem certas condições de risco, que estão relacionadas ao desenvolvimento dessa patologia, como idade mais avançada, baixa escolaridade, tabagismo, hipertensão, hipercolesterolemia e avaliação regular ou ruim do estado de saúde (AGUIAR *et al*, 2020). Além disso, fatores como apneia obstrutiva do sono e obesidade estão associados à progressão da DRC (AHMED e DUMANSKI, 2019).

No mundo todo, mais de 5 milhões de pessoas morrem anualmente por falta de acesso a tratamentos críticos para doenças renais (AHMED e DUMANSKI, 2019).

A doença renal terminal (DRT) leva à terapia renal substitutiva e certamente tem impacto na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes (CHUASUWAN *et al*, 2020). Apesar dos avanços na tecnologia de diálise, um alto nível de morbidade e mortalidade ainda está presente em pacientes com doença renal em estágio terminal submetidos à diálise de manutenção. Isto tem sido, em grande parte, relacionado com o acúmulo de toxinas urêmicas que não podem ser removidas adequadamente pelas membranas e técnicas clássicas de diálise. Melhorias foram feitas no aumento da permeabilidade da membrana e nas taxas de convecção, como no caso da hemodiálise expandida (HD) e da hemodiafiltração, mas essas técnicas ainda apresentam limitações (RONCO, 2023). Pacientes com doença renal crônica (DRC) estágio 5 ou DRT tratados com DP (diálise peritoneal) apresentaram melhor QVRS (qualidade de vida relacionada à saúde) genérica do que pacientes em HD (CHUASUWAN *et al*, 2020).

Pacientes com DRC avançada, em diálise ou não, sofrem uma carga de sintomas muito semelhantes a outras doenças crônicas. Assim, nos últimos anos, tem-se recomendado que os cuidados paliativos renais sejam integrados nos cuidados tradicionais prestados a esta população. Pacientes com DRC avançada têm uma expectativa de vida não superior a muitas doenças malignas, como câncer. (TAVARES *et al*, 2021)

Logo, observa-se que o cuidado paliativo é uma ferramenta que deve ser abordada ao paciente renal crônico em fase avançada, haja vista que, é uma abordagem que visa controlar os sintomas, com o

objetivo de aliviar a dor e assim, buscar a melhoria da qualidade de vida. O médico paliativista atua para melhorar o conforto físico do paciente e toda a equipe trabalha para que esses incômodos e todos os outros sejam atenuados para melhoria da qualidade de vida de quem está enfermo e de sua família e amigos. (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2023)

EPIDEMIOLOGIA

As internações por DRC pelo Sistema Único de Saúde aumentaram 42,03% no Brasil, no período entre 2008 e 2016. Estima-se que esse aumento ocorre em decorrência da modificação da prevalência de faixas etárias, tornando o grupo de pessoas idosas maior e, por conseguinte, promovendo o aumento de doenças crônicas, devido, principalmente, à presença de diversas comorbidades. Ademais, é válido ressaltar que a DRC atinge com maior frequência a região sudeste e com maior proeminência, homens. Além disso, o número de óbitos também aumentou em 35,57% no mesmo intervalo de tempo (ANDRADE, 2020).

FISIOPATOLOGIA

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada pelo conjunto de sinais e sintomas causados pela perda lenta, progressiva e irreversível da função renal, que leva alterações eletrolíticas, volêmicas e endócrinas, com impacto sistêmico, além de alterações estruturais renais. Para caracterizar a cronicidade da doença, é necessário que as lesões estruturais ou funcionais dos rins estejam presentes por pelo menos 3 meses (FILHO G, 2021).

Além disso, a DRC nas fases mais avançadas é caracterizada por fibrose de todos os componentes renais. Nas fases mais iniciais é possível encontrar as lesões características das doenças que causaram a DRC. Tem-se como causas da DRC: diabetes melito, hipertensão arterial, hipertensão maligna, nefropatia isquêmica, glomerulonefrites primária e secundária, doenças túbulo-intersticiais e rins policísticos (MARTINS M, 2018).

A fisiopatologia da DRC caracteriza-se por dois grupos de mecanismos lesivos: mecanismos iniciais causados por doença subjacente (p. ex., anormalidades do desenvolvimento ou da integridade renal, deposição de imunocomplexos e inflamação em alguns tipos de glomerulonefrite, ou exposição a toxinas em algumas doenças dos túbulos e do interstício renais); e hiperfiltração e hipertrofia dos néfrons remanescentes, como mecanismo de compensação pela redução da massa renal a longo prazo, independentemente da etiologia subjacente e que leva ao declínio adicional da função renal. (JAMESON J, 2019).

Essas adaptações de curto prazo para manter a TFG tornam-se refratárias à medida que a elevada pressão e fluxo sanguíneo dentro do néfron predispõem à distorção da arquitetura dos glomérulos, função anormal dos podócitos e rompimento da barreira de filtração, levando à esclerose e à destruição dos néfrons remanescentes (JAMESON J, 2019).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Com a perda progressiva de néfrons, as unidades remanescentes podem adaptar-se de modo extremamente eficiente, continuando a manter a homeostase praticamente até os estágios terminais do processo. Porém, essa adaptação tem um preço: para preservar cada um dos balanços pelos quais são responsáveis, os rins promovem desequilíbrios ou disfunções que podem acarretar sérias manifestações clínicas (ZATZ R, 2018).

As manifestações clínicas e laboratoriais da DRC incluem acumulação de escórias nitrogenadas; distúrbios hidroeletrolíticos e acidobásicos, minerais e ósseos, anemia e distúrbios da coagulação, hipertensão e alterações da função cardiovascular, distúrbios gastrintestinais; complicações neurológicas, distúrbios dermatológicos e do sistema imune. A ocasião em que esses distúrbios aparecem e a gravidade das suas manifestações clínicas são determinadas pelo grau de função renal existente e pelas doenças coexistentes (NORRIS T, 2021).

Uremia é o termo usado para descrever as manifestações clínicas da insuficiência renal. O estado urêmico inclui sinais e sintomas de: distúrbios hidroeletrolíticos e acidobásicos, alterações das funções reguladoras e efeitos da uremia na função do organismo. Em geral, os sinais e sintomas iniciais da uremia (p. ex., fraqueza, fadiga, náuseas e apatia) são sutis. As queixas mais graves incluem fraqueza extrema, vômitos frequentes, letargia e confusão mental. Sem tratamento com diálise ou transplante renal, a condição evolui para coma e morte (JAMESON J, 2019).

Além disso, há oligúria, que resulta da incapacidade do rim em excretar líquidos. Porém, no início da DRC, é comum haver dificuldade de concentrar a urina nos rins, o que leva à poliúria, nictúria, polidipsia e isostenúria. A osmolaridade plasmática pode estar aumentada (superior a 350 mOsm/L) por causa dos níveis altos de ureia, fosfatos, sulfatos e magnésio. No início, o Na⁺ pode estar baixo, por causa da poliúria, mas posteriormente se eleva, acompanhado de retenção hídrica e edema. O Ca²⁺ diminui, levando a hiperparatireoidismo secundário, resultando em alterações ósseas. Por redução na síntese de NH₃ e queda de bicarbonato sérico, ocorre acidose metabólica, e surge hiperventilação compensatória (alcalose respiratória) (FISHBANE S, 2020).

Com a diminuição na síntese de eritropoetina, é comum haver anemia normocítica e normocrômica; hemólise, incapacidade da medula óssea de incorporar ferro e eventuais hemorragias, particularmente intestinais podem contribuir também para a anemia. Hemorragias são atribuídas à diátese hemorrágica por alterações em plaquetas (NORRIS T, 2021).

Hipertensão arterial é comum em pacientes com DRC e cria círculo vicioso, agravando o quadro renal. Insuficiência cardíaca congestiva e arritmias ocorrem devido a hipervolemia, distúrbios eletrolíticos, hipertensão arterial e anemia. Pericardite e pleurite urêmicas surgem tardiamente; ambas são reversíveis com diálise. Pneumonia urêmica (congestão, edema, hemorragias focais, membranas hialinas) resulta de aumento da permeabilidade capilar, que explica também edema cerebral e retinite urêmica. Como resultado da insuficiência cardíaca, surge edema pulmonar (AMMIRATI A, 2020).

Manifestações no sistema nervoso central (encefalopatia urêmica), periférico (neuropatia urêmica) e muscular (miopatia urêmica) às vezes dominam o quadro clínico. Lesões encefálicas causam desorientação, irritabilidade, ansiedade, sonolência, torpor e coma; eventualmente, surgem quadro psicótico e demência (NORRIS T, 2021).

Hemorragia digestiva está associada a alterações em plaquetas e a úlceras na mucosa digestiva. A mucosa oral também é lesada. A amônia parece ter papel importante na formação de lesões gastrointestinais. A pele adquire cor de palha (urocromos, anemia); na fase terminal, aparece prurido cutâneo, cuja fisiopatogenia não é completamente compreendida (FISHBANE S, 2020).

DIAGNÓSTICO

No que se refere aos marcadores de função renal, as estimativas de TFG baseadas em creatinina sérica, mas não a creatinina sérica isoladamente, são sensíveis para detectar a TFG medida $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, e podem ser confirmadas por estimativas que usam marcadores alternativos ou medidas verdadeiras da TFG, se necessário. Por diversas razões, o foco tem saído da quantificação da proteinúria para albuminúria (mas não microalbuminúria). A albuminúria é o principal componente das proteínas urinárias na maioria das doenças renais, com a qual se tem demonstrado forte relação com os riscos renal e cardiovascular. A albuminúria é um achado comum, mas não uniforme na DRC. Em pessoas com TFG $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (G3a-G5) ou marcadores de lesão renal, história e medidas prévias devem ser revistas para determinar a duração da doença renal (sem graduação). Se a duração for > 3 meses, a DRC está confirmada. Devem ser seguidas as recomendações para DRC; Se a duração não é > 3 meses ou não foi estabelecida, a DRC não está confirmada.

Os pacientes podem ter DRC ou IRA ou ambas e os testes devem ser repetidos. Aqui, trata-se de se ter um diagnóstico de certeza da DRC com dosagens antigas de marcadores de função renal, proteinúria, exames de imagem/ultrassonografia, biópsias, entre outros meios. Devem ser repetidas as dosagens dentro de 3 meses e após esse período para se ter a certeza de DRC. A cronicidade nesse período não pode ser estabelecida, pois a IRA pode ter esse comportamento(CHAWLA,2017).

TRATAMENTO

O manejo geral do paciente com DRC envolve as seguintes questões tratamento das causas reversíveis de insuficiência renal como hipertensão, diabetes, obesidade, doença glomerular, infecções virais, distúrbios hematológicos e distúrbios cardíacos e hepáticos. Prevenir ou retardar a progressão da doença renal e tratar as complicações da insuficiência renal. Além disso deve ter um ajuste nas doses de medicamentos quando apropriado para o nível de taxa de filtração glomerular e identificar e preparar adequadamente o paciente que será necessária terapia renal substitutiva: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal (KALANTAR- ZADEH, 2021).

O tratamento e controle da pressão arterial reduz o risco de doença renal em estágio terminal em pacientes com doença renal crônica proteinúrica. O tratamento não medicamentoso consiste em medidas nutricionais, atividades físicas, entre outras mudanças no estilo de vida. Dentre as várias abordagens dietéticas, a mais recomendada com efeito hipotensor é a dieta DASH. Ela é baseada na elevada ingestão de frutas, vegetais e cálcio e reduzido consumo de gordura saturada, resultando em diminuição da pressão, mesmo quando não há perda de peso e/ou restrição salina. A dieta com alto teor de sódio diminui a autorregulação renal, expondo o glomérulo a pressões mais altas de filtração, o que leva à nefroesclerose e perda de néfrons, por isso, é recomendado a restrição salina na dieta. Com a ingestão de aproximadamente 3g/dia de sal é possível diminuir a PA sistólica em mais de 10 mmHg, e para alvos de 6g/dia de sal pode-se observar redução de cerca de 25% na proteinúria. No que diz respeito à atividade física, ela possui impacto na pressão arterial com redução de até 8,3/5,2 mmHg, principalmente no exercício aeróbico. Diante disso, recomenda-se o mínimo de 30 min/dia de atividade física moderada, de forma contínua (1 x 30 min) ou acumulada (2 x 15 min ou 3 x 10 min) em 5 a 7 dias da semana (LEITE et al. 2020).

Pacientes com DRC são frequentemente hipervolêmicos e necessitam de terapia diurética para atingir a meta de pressão arterial. Em pacientes com DRC avançada e edema refratário, podem ser necessários diuréticos de alça e diuréticos tiazídicos. Para o controle da PA nos estágios iniciais da DRC (1, 2 e 3) os tiazídicos (hidroclorotiazida, clortalidona) são os diuréticos de escolha, enquanto que em

situações de edema e nos estágios mais avançados (4 e 5) os diuréticos de alça são preferidos (quando $\text{TFGe} \leq 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$ ou creatinina $> 2,0 \text{ mg/dl}$). O uso de diuréticos durante a terapia dialítica é recomendado se houver presença de função renal residual, por reduzir mortalidade e controlar a PA (LEITE et al. 2020).

Para prevenir e retardar a taxa de progressão em pacientes proteinúricos com DRC deve usar o inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou o bloqueador do receptor de angiotensina (BRA) e o inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2). Conforme ocorre a perda de função renal, o risco de doença cardiovascular aumenta progressivamente, ainda mais quando há presença de albuminúria associada, o uso preferencial de bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) como primeira opção para tratamento de hipertensão arterial sistêmica em pacientes com DRC. O aumento da atividade do SRAA contribui para progressão de dano renal. A angiotensina II aumenta o tônus vascular das arteríolas eferente, aumentando a pressão intraglomerular. Isso, a longo prazo, cursa com atrofia e fibrose glomerular. (BOVÉE, et. al. 2021)

O inibidor do cotransportador sódio-glicose 2, antes utilizados apenas para pacientes diabéticos, mostraram benefício importante no controle de progressão de DRC tanto em pacientes com DM2 como em pacientes não diabéticos. Entre uma ampla gama de pacientes com DRC que estavam em risco de progressão da doença, incluindo um grande número de pacientes sem diabetes, com TFGe inferior a 30 ml por minuto por $1,73 \text{ m}^2$ e com baixa relação albumina/ creatinina urinária proporção, o tratamento com empagliflozina levou a um menor risco de progressão da doença renal ou morte por causas cardiovasculares do que o placebo (EMPA-KIDNEY, 2023).

No estágio terminal, a sobrevivência do indivíduo portador de IRC está condicionada à utilização de métodos de filtragem artificial do sangue, como a hemodiálise e a diálise peritoneal, ou à realização do transplante renal. Existem dois tipos principais de diálise: a hemodiálise e a diálise peritoneal. A diálise é necessária quando os medicamentos, prática dietética e restrição hídrica não são mais suficientes para manter o equilíbrio orgânico adequado. Entre as terapias de substituição da função renal, a hemodiálise (HD) é particularmente destacada. Antigamente, o foco era apenas evitar a morte devido a hipervolemia ou hiperpotassemia. Atualmente, além de aliviar os sintomas urêmicos, esse tratamento busca, a longo prazo, reduzir as complicações, diminuir o risco de mortalidade, melhorar a qualidade de vida e promover a reintegração social do paciente (SILVA, et. al. 2020).

A diálise peritoneal é uma modalidade que utiliza o dialisador peritoneal, isto é, a cavidade abdominal (CAB) com um revestimento da membrana peritoneal, com a qual se processam as trocas difusionais.

O volume indicado que deve ser infundido no abdome, em geral é de 200 ml, para adultos e cerca de 20 ml/kg para crianças. Em recém-nascidos, tem sido usado até 50 ml/kg (NAZARÉ, et. al. 2020).

A hemodiálise é o processo de remoção do excesso de líquidos e de substâncias tóxicas do sangue que ocorre fora do organismo. O tratamento é realizado em sessões de quatro horas, três sessões semanais ao longo da vida, ou até que o transplante renal seja realizado. Durante quatro horas o indivíduo permanece no serviço de saúde com o intuito de substituir parcialmente as funções dos rins e com isso garantir a função renal sangue é removido do corpo por um tubo e bombeado por uma máquina por meio de um dialisador (rim artificial). Após o processo de filtração é necessária a colocação de um catéter ou a confecção de uma fístula arteriovenosa, a qual torna a veia mais calibrosa e permite um fluxo sanguíneo mais rápido (SILVA, et. al. 2020)

Uma das modalidades de tratamento e reabilitação mais recomendadas para pacientes com insuficiência renal crônica é o transplante, pois o paciente transplantado possui uma melhor qualidade de vida, uma possível diminuição do risco de mortalidade, porém, esses benefícios dependem exclusivamente das características dos pacientes. Os pacientes submetidos a transplante têm o pensamento que a vida deles voltará ao “normal” após esse procedimento, entretanto, essa crença não irá se manter por muito tempo, pois o sujeito se depara com a questão da manutenção do tratamento, já que necessita continuar com as restrições alimentares e físicas, além da dependência da medicação (imunossupressores). Nesse caso, o paciente se vê diante da doença renal e suas limitações gerando um novo processo de luto por aquele corpo que imaginou recuperar após o transplante (SANTOS, et. al. 2018).

PREVENÇÕES

Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de DRC está a hipertensão arterial (HAS), que também está diretamente associada a outros fatores de risco, como tabagismo, diabetes mellitus (DM), doenças cardiovasculares, obesidade e colesterol alto. O processo de rastreio bem identificado da pressão arterial, TFG estimada (TFGe) e proteína urinária adapta-se bem à abordagem em desenvolvimento das doenças crônicas, especialmente dada a facilidade de identificação dos grupos de alto risco, os testes simples necessários para estabelecer a presença e estadiamento da DRC e a sobreposição dos planos de ação para a DRC com aqueles para melhor atendimento às pessoas com diabetes e redução do risco cardiovascular. No entanto, para que a detecção precoce e o tratamento da DRC sejam bem sucedidos na redução do fardo crescente da DRC, é necessário um esforço

substancial na educação nos cuidados primários e os regimes de tratamento subsequentes terão de ser abrangentes para a gestão da doença crónica como um todo, e feitos custo-benefício para o praticante (HEERSPINK, et. al. 2020).

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. O que são cuidados paliativos. ANCP, 2023. Disponível em: <https://www.paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>. Acesso em: 22 out. 2023.
- AGUIAR, Lilian Kelen de; PRADO, Rogerio Ruscitto; GAZZINELLI, Andrea; MALTA, Deborah Carvalho. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200044. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100450&lng=en "lng=en. Acesso em: 22 out. 2023.
- AHMED, Sofia B.; DUMANSKI, Sandra M. Por que pacientes com fatores de risco vasculares bem controlados desenvolvem doença renal crônica progressiva? *Canadian Journal of Cardiology*, 2019; v. 35, ed. 9, p. 1170–1180. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0828282X19304805>. Acesso em: 22 out. 2023.
- AMMIRATI, Adriano Luiz. Chronickidneydisease. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 66, p. s03-s09, 2020.
- ANDRADE, Caroline Maltez de; ANDRADE, Alcina Marta de Souza. Perfil da morbimortalidade por doença renal crônica no Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2020, v. 44, n. 2, p. 38-52. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2832/2910>. Acesso em: 22 out. 2023.
- BOVÉE, Dominique M. et al. Renoprotectiveeffectsofsmallinterfering RNA targetingliverangiotensinogen in experimental chronickidneydisease. *Hypertension*, v. 77, n. 5, p. 1600-1612, 2021. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16876>. Acesso em 22 out. 2023
- CHAWLA, Lakhmir S. et al. Acutekidneydiseaseand renal recovery: consensus reportoftheAcuteDiseaseQualityInitiative (ADQI) 16 Workgroup. *Nature Reviews Nephrology*, v. 13, n. 4, p. 241-257, 2017. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrneph.2017.2>. Acesso em: 22 out. 2023
- CHUASUWAN, Anan; POORIPUSSARAKUL, Siriporn; THAKKINSTIAN, Ammarin; INGSATHIT, Atiporn; PATTANAPRATEEP, Oraluck. Comparações da qualidade de vida entre pacientes submetidos a diálise peritoneal e hemodiálise: uma revisão sistemática e meta-análise. *Resultados de saúde e qualidade de vida*. 18 jun. 2020, v. 18, n. 1, p. 191. DOI: 10.1186/s12955-020-01449-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32552800/>. Acesso em: 22 out. 2023.
- EMPA-KIDNEY COLLABORATIVE GROUP. Empagliflozin in patientswithchronickidneydisease. *New EnglandJournal of Medicine*, v. 388, n. 2, p. 117-127, 2023. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2204233>. Acesso em: 22 out. 2023.
- FILHO, Geraldo B. Bogliolo - Patologia. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527738378/>. Acesso em: 22 out. 2023.

FISHBANE, Steven et al. A phase 3 trial of difelikefalin in hemodialysis patients with pruritus. *New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 3, p. 222-232, 2020. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1912770#article_references. Acesso em 22 out. 2023

HEERSPINK, Hidde JL et al. Rationale and protocol of the Dapagliflozin And Prevention of Adverse outcomes in Chronic Kidney Disease (DAPA-CKD) randomized controlled trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*, v. 35, n. 2, p. 274-282, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/ndt/article/35/2/274/5728707?login=false>. Acesso em 22 out. 2023.

ISN-ATLAS GLOBAL DE SAÚDE RENAL. Sociedade Internacional de Nefrologia: Bruxelas, Bélgica; 2019. Disponível em: <https://www.theisn.org/initiatives/global-kidney-health-atlas/>. Acesso em: 22 out. 2023.

JAMESON, J. L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. *Medicina interna de Harrison* - 2 volumes. Porto Alegre: Grupo A, 2019.

KALANTAR-ZADEH, Kamyar et al. Chronic kidney disease. *The Lancet*, v. 398, n. 10302, p. 786-802, 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(21\)00519-5/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)00519-5/fulltext). Acesso em out. 2023

KUMAR, Vinay. *Robbins Patologia Básica*. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2018. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595151895/>. Acesso em: 22 out. 2023.

LEITE, Larissa Parada et al. Hipertensão na doença renal crônica em tratamento conservador. *Rev Bras Hipertens*, v. 27, n. 4, p. 115-21, 2020. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/27-4/hipertensao-na-doenca-renal-cronica-revista-hipertensao-27-n4.pdf>. Acesso em 22 out. 2023

LUYCKX, Valerie A.; AL-ALY, Ziyad; BELLO, Aminu K.; BELLORIN-FONT, Ezequiel; CARLINI, Raul G.; FABIAN, June, et al. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relevantes para a saúde renal: uma atualização sobre o progresso. *Nat Rev Nefrol*. 2021; v. 17, n. 1, p. 15-32. DOI: 10.1038/s41581-020-00363-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7662029/>. Acesso em: 22 out. 2023.

NAZARÉ, Tamires S. et al. Vivência do familiar na qualidade de cuidador responsável pela diálise peritoneal domiciliar: baseado na teoria do autocuidado. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 10, p. 76809-76827, 2020. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/18031>. Acesso em: 22 out. 2023
NORRIS, Tommie L. *Porth - Fisiopatologia*. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021.
RIELLA, Miguel C. *Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrolíticos*, 6ª edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2018. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527733267/>. Acesso em: 22 out. 2023.
RONCO, Claudio. Hemoperfusão-Hemodiálise Combinada em Pacientes com Doença Renal em Estágio Terminal. *Contribuir Nefrol*. 2023, v. 200, p. 118-122. DOI:10.1159/000527953. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37263230/>. Acesso em: 22 out. 2023.

SANTOS, Luciana Fernandes et al. Qualidade de vida em transplantados renais. *Psico-usf*, v. 23, p. 163-172, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/gRnSDcTngP6tCx36k7nVTMS/?format=pdf> HYPERLINK . Acesso em: 22 out. 2023.

SILVA, Manuelle Rodrigues et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise: Uma revisão integrativa. *BrazilianJournalof Health Review*, v. 3, n. 4, p. 9344-9374, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/13964>. Acesso em: 22 out. 2023

TAVARES, Alze Pereira dos Santos; SANTOS, Cássia Gomes da Silveira; TZANNO-MARTINS, Carmem; NETO, Jose Barros; SILVA, Ana Maria Misael da Silva, *et al.* Cuidados de suporte renal: uma atualização do estado da arte atual dos cuidados paliativos em pacientes com DRC. *J BrasNefrol.* 2021, v. 43, n. 1, p. 74-87. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2020-0017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32897286/>. Acesso em: 22 out. 2023.

Capítulo 14



10.37423/240408946

PSIQUIATRIA

Thiago Xavier Corrêa

Clara Vieira de Andrade Bomfim

André Luiz Vieira Bueno

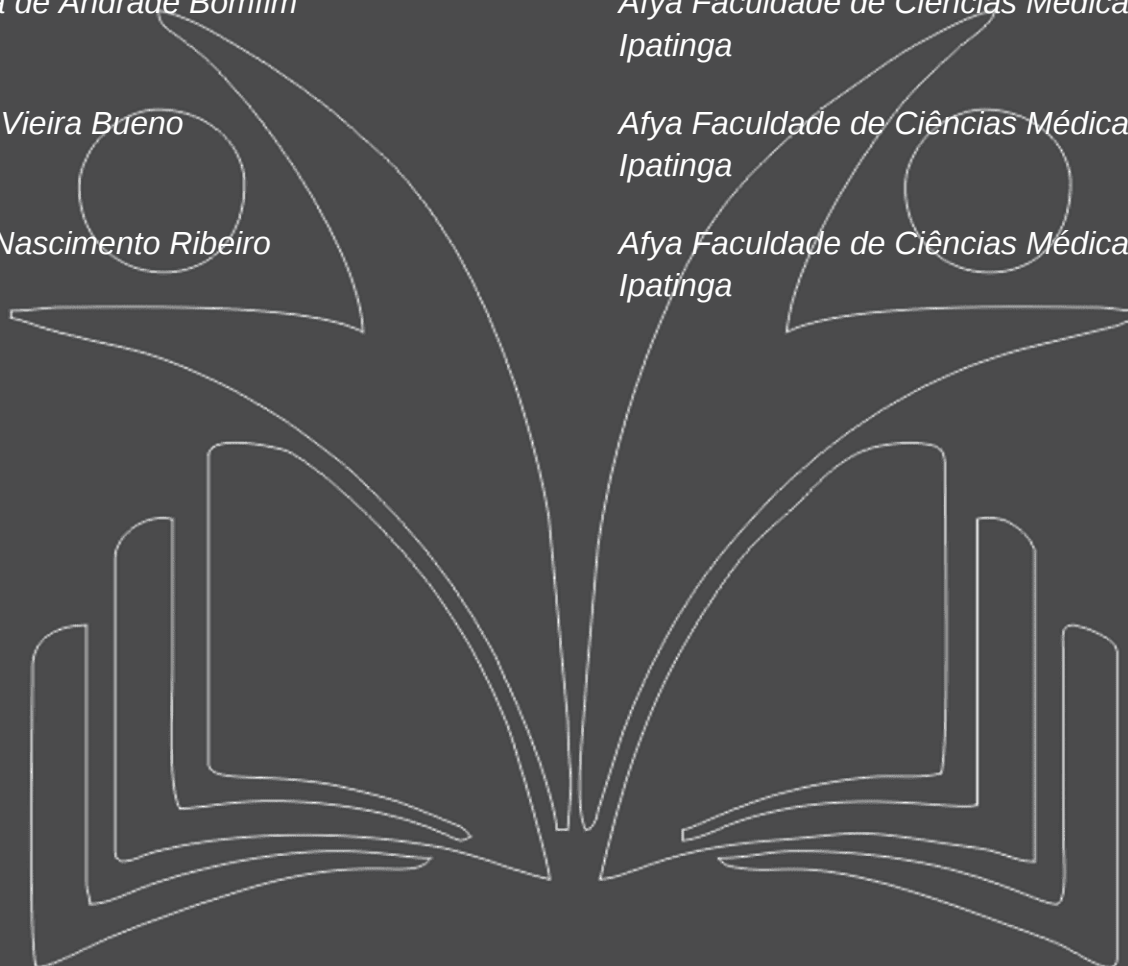
Camila do Nascimento Ribeiro

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

Este capítulo oferece uma análise envolvente dos cuidados paliativos psiquiátricos, desvendando a complexidade e a relevância desses cuidados para pacientes que enfrentam doenças graves e limitantes. A introdução realça a essência da abordagem, focada na equipe multidisciplinar, destacando a necessidade de empatia, escuta ativa e respeito à autonomia do paciente.

O capítulo investiga os desafios que os pacientes em cuidados paliativos enfrentam, ressaltando a importância de um diagnóstico preciso de transtornos psiquiátricos. Uma variedade de ferramentas terapêuticas, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas, fornece diferentes estratégias para lidar com os desafios emocionais.

Ademais, o texto se aprofunda nos aspectos éticos e legais relacionados aos cuidados paliativos psiquiátricos, discutindo temas delicados relacionado a morte assistida voluntária. A avaliação minuciosa da capacidade de discernimento e o equilíbrio entre as necessidades individuais dos pacientes e as considerações éticas e legais são apresentados como elementos fundamentais na comunicação sensível.

O texto se encerra enfatizando a importância dos cuidados paliativos psiquiátricos como uma abordagem integral e culturalmente sensível, ressaltando a necessidade de respeitar os direitos dos pacientes e equilibrar suas necessidades individuais com considerações éticas e legais. Esta abordagem tem como objetivo não apenas aliviar o sofrimento emocional, mas também contribuir para uma experiência terminal significativa.

INTRODUÇÃO

A assistência psiquiátrica durante os cuidados paliativos auxilia na melhoria da qualidade de vida, tomada de decisões e promoção de um ambiente de cuidado que prioriza a humanização e a dignidade. Essa abordagem, construída com base no trabalho em equipe, envolve profissionais de diversas áreas dedicados ao bem-estar dos pacientes e seus familiares. (REYMOND L, et al. 2018)

Indivíduos em cuidados paliativos enfrentam desafios complexos relacionados à saúde mental, tornando a relação médico-paciente um pré-requisito para uma assistência integral. Este vínculo deve ser acompanhado de empatia, escuta ativa, respeito à autonomia e comunicação compassiva. Quando os pacientes se sentem ouvidos, é possível oferecer uma abordagem mais completa e individualizada. (GONZÁLEZ-RINCÓN M, et al., 2019)

Por outro lado, a busca pela cura pode prolongar o sofrimento do indivíduo. A psiquiatria paliativa reconhece que a dor também é uma forma de angústia, culpa, solidão e perda de sentido. Busca, portanto, aliviar sintomas de natureza física, psicológica e espiritual, levando em consideração os valores, crenças e expectativas individuais. A ausência de suporte psiquiátrico pode resultar em prejuízos como transtornos de humor e ansiedade, que impacta negativamente o tratamento global (GONZÁLEZ-RINCÓN M, et al., 2019).

A cultura influencia a compreensão e o tratamento de quadros psiquiátricos em contexto de doenças graves e limitantes, uma vez que interfere na aceitação da assistência psiquiátrica, na abordagem do sofrimento emocional e nas decisões familiares. A dimensão espiritual também deve ser considerada, especialmente em casos de distúrbios neurocognitivos e transtornos mentais graves. Diante disso, os profissionais de saúde devem ser sensíveis para oferecer cuidados eficazes, alinhados à cultura dos pacientes. Isso requer respeito às preferências e colaboração com membros da família e líderes espirituais, quando apropriado (COLEND A CC e BLAZER DG, 2022)

DIAGNÓSTICO E RASTREAMENTO

Ansiedade e depressão são transtornos frequentes em pacientes sob cuidados paliativos, demandando uma abordagem sistemática para avaliação e intervenção. Nesta população, a depressão e a ansiedade influenciam significativamente a qualidade de vida e o bem-estar emocional. (SEWTZ C, et al., 2021).

A aplicação de escalas validadas, como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), facilita o rastreamento e acompanhamento dos sintomas depressivos

Paralelamente, o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) destaca-se entre as escalas de avaliação de ansiedade, proporcionando uma abordagem personalizada com base no quadro clínico individual. (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2020)

A Escala de Triagem Edmonton Symptom Assessment System revisada (ESAS-r) mostrou-se eficaz na identificação de necessidades de cuidado paliativo, com prevalência de ansiedade, depressão e dor como sintomas que indicavam a intervenção. Os pacientes que recebem cuidados paliativos experimentam melhoras significativas em seu bem-estar e controle de sintomas. (ZIMMERMANN C, 2021)

Em pacientes com câncer gástrico terminal, a ansiedade está associada a uma maior probabilidade de internações, pontuações mais altas nas escalas de avaliação de dor, tratamento mais prolongado, presença de desnutrição e distúrbios hidroeletrólíticos. Além disso, a ansiedade também está relacionada ao aumento das intervenções, como quimioterapia e visitas a serviços de emergência (BRYNIARSKI P, et al., 2022).

Isso reforça a ideia de que os serviços de cuidados paliativos são propícios para integrar os cuidados com a saúde física e mental, além de oferecer ferramentas de triagem e tratamentos direcionados aos transtornos psiquiátricos nos pacientes e seus cuidadores. Estudos evidenciam que os cuidadores, particularmente cônjuges e pais, enfrentam risco elevado de desenvolver ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático. (GIBSON AW e GRABER JJ, 2021) Além disso, ao longo do acompanhamento, é fundamental abordar o esgotamento em familiares e cuidadores. Instrumentos como a CaregiverBurdenScale, o CaregiverBurdenInventory, a Family Burden Interview Schedule e a Escala de Zarit, todos adaptados para a população brasileira, mostram-se eficazes nesse contexto. (GIANNINI JBL, et al., 2022).

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

As intervenções não farmacológicas, apesar de aparentemente simples, exercem impacto positivo no conforto dos pacientes. A esperança influencia na forma como os pacientes e suas famílias lidam com o sofrimento. Ela é transmitida através da comunicação verbal e não verbal, principalmente pelo vínculo entre paciente e profissional da saúde, mas encontra obstáculos no momento de fornecer o prognóstico ou encaminhar para cuidados paliativos. (LARANJEIRA C, et al., 2022)

As terapias cognitivo-comportamentais, juntamente com outras abordagens terapêuticas como a atenção plena, têm demonstrado eficácia no controle dos sintomas de humor e ansiedade quando

conduzidas por profissionais de saúde mental. Paralelamente, a Intervenção Centrada na Família (FTI) visa melhorar a comunicação familiar sobre questões relacionadas à doença. Isso cria um ambiente seguro que proporciona alívio para os familiares e fortalece os laços afetivos. Além disso, estudos sugerem que essa abordagem tem um impacto positivo no desempenho escolar dos irmãos que participam do processo (IVÉUS K, et al., 2022).

Originada de práticas medicinais antigas, a aromaterapia utiliza óleos essenciais aplicados topicamente ou inalados, frequentemente em combinação com massagens. Esta prática pode aliviar a depressão e ansiedade ao estimular a liberação de neurotransmissores, sendo vista como uma terapia complementar de grande utilidade em cuidados paliativos (LIU T, 2022).

A terapia da dignidade (DT) é uma abordagem personalizada para pacientes terminais que permite compartilhar memórias e criar documentos finais. Essa terapia busca promover significado e propósito em pacientes que enfrentam o fim da vida, além de abordar temas como importância das relações, expressões de gratidão, reflexões sobre a trajetória de vida, valores pessoais e pedidos finais. Esses temas permitem uma abordagem mais humanizada e personalizada no cuidado de saúde, aprimorando a atenção às necessidades individuais dos pacientes (JULIÃO M, et al., 2022).

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Para garantir o controle eficaz de sintomas em pacientes com condições complexas, é essencial adotar uma abordagem personalizada. Entre as opções farmacológicas disponíveis, que variam de psicotrópicos a analgésicos, é essencial considerar os potenciais efeitos colaterais e paradoxais desses agentes. Por exemplo, os benzodiazepínicos, frequentemente usados para tratar a ansiedade, podem ter efeitos paradoxais. Além disso, é relevante destacar o potencial de dependência associado a certos medicamentos, como os analgésicos opioides. (GRASSI L, et al., 2023).

Para pacientes com sintomas moderados a graves, a farmacoterapia combinada com psicoterapia pode ser mais benéfica do que um dos tratamentos isolados. No entanto, apesar da prevalência elevada de ansiedade nessa população e do uso comum de ansiolíticos, há dados limitados sobre o seu uso nesse contexto. Alguns medicamentos potencialmente eficazes incluem antidepressivos, benzodiazepínicos e antipsicóticos (GRASSI L, et al., 2023).

Distúrbios do sono são frequentes em pacientes sob cuidados paliativos, com impacto negativo na qualidade de vida. A insônia nesses pacientes é multifatorial mas dificulta o controle dos sintomas, geralmente relacionada a presença de ansiedade e dor. As principais consequências são fadiga,

esgotamento e depressão (MERCADANTE S, et al., 2019). Além disso, está relacionada a maior mortalidade em pacientes com câncer (ACKER KA e CARTER P, 2021).

Em geral, o manejo inicial dos sintomas baseia-se em intervenções não-farmacológicas, como a psicoterapia e a adequação ambiental. No entanto, a combinação da farmacoterapia com estratégias não farmacológicas é benéfica em pacientes com distúrbios do sono de difícil controle (ACKER KA e CARTER P, 2021). Algumas classes de medicamentos muito utilizados para tratamento da insônia nessa população incluem os antidepressivos sedativos, benzodiazepínicos, hipnóticos não benzodiazepínicos e antipsicóticos atípicos, como a Olanzapina. Estudos demonstraram que a Olanzapina, quando utilizada nas doses de 5 a 20mg, pode melhorar a qualidade, aumentar o tempo total e reduzir a latência do sono Além disso, diferente dos benzodiazepínicos, a Olanzapina não potencializa o efeito de depressão respiratória causado pelos opioides (DAVIS MP e SANGER GJ, 2020).

O Aripiprazol é um medicamento antipsicótico atípico que atua como modulador dos receptores D2 da dopamina e como agonista parcial dos receptores 5HT1A. Ele está disponível no Brasil para administração via oral e sua metabolização ocorre no fígado. Trata-se de um medicamento com evidências para tratamento de delirium na dose de 5mg ao dia, podendo chegar a até 30mg/dia. Em comparação a outros antipsicóticos, o Aripiprazol apresenta menor potencial para sintomas extrapiramidais, sedação, hipotensão e elevação dos níveis séricos de prolactina. Em todos esses estudos, o Aripiprazol demonstrou um perfil favorável de segurança e tolerabilidade (JAROSZ M e BRZOZA KAB, 2023).

A cetamina é um anestésico dissociativo amplamente utilizado para induzir e manter a anestesia durante procedimentos médicos e cirúrgicos. Além disso, ela possui propriedades analgésicas e é ocasionalmente empregada para aliviar a dor, especialmente em situações de dor aguda e crônica, além de ser utilizada no tratamento de depressão resistente a outras abordagens terapêuticas (BYOCK I, 2018). A administração intranasal da cetamina foi avaliada quanto à viabilidade, segurança, tolerabilidade e eficácia preliminar no tratamento da depressão maior (MDD) em pacientes com câncer avançado. Os resultados revelaram taxas significativas de resposta e remissão da depressão a partir do oitavo dia, com efeitos antidepressivos que persistiram até a segunda semana. É importante notar que os efeitos colaterais observados foram predominantemente leves e de curta duração. Ressalta-se, ainda, a importância de considerar as questões existenciais dos pacientes e o contexto psicoterapêutico ao utilizar a cetamina, devido ao seu perfil de efeitos colaterais dissociativos (ROSENBLAT JD, 2023).

A Terapia Assistida por Psicodélicos (TAP) é uma abordagem inovadora e eficaz para tratar diversas condições, incluindo depressão resistente ao tratamento, transtorno do uso de substâncias e transtorno de estresse pós-traumático (ROSA WE, 2022). Há discussões científicas sobre o uso de psicodélicos clássicos, como LSD e psilocibina, e psicodélicos atípicos, como MDMA e cetamina, para aliviar o sofrimento psicológico de pacientes que não respondem às intervenções convencionais (SCHIMMERS N, 2022). No contexto dos cuidados paliativos, a TAP oferece um tratamento seguro e eficaz, e uma única dose pode levar a reduções sustentadas dos sintomas emocionais e da angústia existencial. No entanto, o tratamento com psicodélicos não consiste em uma intervenção isolada, mas sim em uma combinação de medicamentos e terapia. Para garantir a segurança e a elegibilidade dos participantes, é necessária uma triagem cuidadosa, além da necessidade dos profissionais de estar cientes das questões legais e dificuldade de acesso relacionadas ao uso de psicodélicos (ROSA WE, 2022).

Outro ponto de destaque é o fenômeno complexo da dor, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, e é reconhecida como um direito humano fundamental. No entanto, os opioides para aliviar a dor em pacientes com doenças graves levou a problemas de abuso, tolerância, abstinência e overdose por essas substâncias. Isso resultou de uma mudança de paradigma que viu a dor como um sintoma a ser erradicado a qualquer custo. Decisões judiciais, ao reconhecerem os cuidados paliativos como forma de evitar o suicídio assistido, também aumentaram a prescrição de opioides em diversos casos de dor crônica. Essa situação revela a necessidade de repensar o papel dos opioides na medicina, considerando riscos, benefícios e limitações, com uma abordagem centrada no paciente (SULLIVAN MD e BALLANTYNE JC, 2021).

A sedação paliativa é uma outra opção para aliviar a dor dos familiares e o sofrimento dos pacientes no fim da vida. Há debates na bioética sobre o momento adequado para iniciar esse tratamento, levando em consideração critérios sintomáticos para garantir sua eficácia sem prejudicar o tratamento. Uma análise conduzida pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) demonstrou que dispneia, delirium e ansiedade frequentemente justificam o uso da sedação paliativa, enquanto a dor raramente indicava essa abordagem. A decisão de aplicá-la depende da gravidade dos sintomas refratários e deve ser resultado de discussões entre equipe, paciente e familiares. É fundamental que haja sofrimento intenso, que a morte seja iminente e que o desejo do paciente seja claramente expresso, especialmente em situações críticas, como hemorragias graves ou asfixia (MENEZES MS e FIGUEIREDO MGMCA, 2019).

A sedação paliativa é uma opção compassiva para aliviar o sofrimento consciente e contínuo em pacientes em cuidados paliativos. Ela não deve ser confundida com suicídio ou eutanásia e pode ser aplicada em diversos contextos, como hospitais e domicílios. O Midazolam é uma das drogas mais eficazes nesse processo, enquanto neurolépticos são recomendados para tratar delirium e confusões mentais graves. É importante manter o uso de opióides para analgesia, mas eles não são a escolha adequada para sedação primária devido aos possíveis efeitos adversos (MENEZES MS e FIGUEIREDO MGMCA, 2019).

COMUNICAÇÃO SENSÍVEL

Pacientes terminais possuem direitos e desejos que devem ser respeitados, inclusive recusar intervenções terapêuticas invasivas ou dolorosas, desde que não afetem a saúde pública. O planejamento antecipado de cuidados permite aos pacientes tomarem decisões informadas e estabelecer metas terapêuticas, considerando uma situação com possível perda de capacidade de discernimento no futuro (CAIN CL, et al., 2018).

A comunicação sensível com pacientes e familiares é uma habilidade crítica nos cuidados paliativos. Requer um equilíbrio entre fornecer informações precisas e atender às necessidades emocionais. Os profissionais devem comunicar com empatia, usando linguagem não verbal para criar confiança e conforto. Fatores como idade, renda, escolaridade, religião e localização geográfica influenciam a comunicação (CAIN CL, et al., 2018).

Nesse sentido, a comunicação eficaz sobre cuidados no final da vida impacta positivamente a qualidade da assistência. Isso inclui discutir prognóstico, preferências, metas de tratamento e planejamento antecipado de cuidados. No entanto, essas discussões muitas vezes não acontecem a tempo, quando os pacientes não conseguem mais tomar decisões por si mesmos (ONISHI H, 2021).

A comunicação do prognóstico deve ser clara e alinhada às expectativas do paciente. Alguns desejam informações detalhadas sobre sua condição, enquanto outros preferem evitar assuntos relacionados à morte. Recomenda-se o uso de linguagem acessível, evitando termos técnicos, para ajudar o paciente a entender a situação claramente. Além disso, os profissionais devem estar disponíveis para responder a dúvidas e fornecer informações adicionais (CAIN CL, et al., 2018). As opções de tratamento devem ser apresentadas de forma imparcial, detalhando riscos, benefícios e efeitos colaterais. Dessa forma, o paciente pode tomar decisões informadas, alinhadas com seus valores. O consentimento livre

e esclarecido deve ser obtido após a apresentação de um plano de cuidados que inclua as intervenções adequadas ou a ausência delas (ONISHI H, 2021).

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Os cuidados paliativos, a princípio, não têm como objetivo apressar nem adiar a morte. No entanto, na prática, à medida que a condição de saúde deteriora, pacientes em fase terminal, muitas vezes com plena capacidade mental, podem vir a expressar o desejo de recorrer à morte assistida para aliviar sintomas físicos ou psiquiátricos. A morte assistida voluntária envolve debates éticos e legais, abrangendo a eutanásia voluntária e a morte assistida por médico (SAM). A eutanásia voluntária consiste em pôr termo a vida de outra pessoa de forma intencional, normalmente por meio de medicamentos, a pedido voluntário do indivíduo. (FONTALIS A, et al., 2018). No Brasil, a eutanásia é considerada homicídio privilegiado, conforme art. 121 do Código Penal Brasileiro. Atualmente, a prática do suicídio assistido é regulamentada em apenas alguns países, incluindo Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suíça, Colômbia, Canadá, nove estados dos EUA mais o Distrito de Columbia, bem como em todos os seis estados australianos e, mais recentemente, a Espanha (BARBOSA GSS e FEDERICO L, 2018). É importante ressaltar que a suspensão de procedimentos que prolongam a vida em casos de doença grave e incurável e a sedação terminal ou paliativa não se enquadram como eutanásia (FONTALIS A, et al., 2018).

Já a SAM ocorre quando um médico auxilia intencionalmente uma pessoa a encerrar sua própria vida, fornecendo medicamentos para autoadministração, com o consentimento voluntário do paciente (FONTALIS A, et al., 2018). No entanto, quando se trata de pacientes que também têm transtornos psiquiátricos concomitantes, como transtornos de humor, a discussão sobre o acesso a essa prática torna-se ainda mais complexa devido à relação entre condições psiquiátricas e ideação suicida. Portanto, é essencial considerar os aspectos éticos e legais envolvidos na garantia do direito de acesso à morte assistida, especialmente para essa população vulnerável (PEEREBOOM J, 2023).

Como observado, alguns processos psicopatológicos podem afetar a decisão do paciente sobre a morte assistida. A depressão e a falta de esperança estão associadas ao desejo de apressar a morte em pacientes com doenças terminais, enquanto o tratamento assertivo desses quadros poderia reduzir esse desejo. (MCCORMACK R e FLÉCHAIS R, 2021)

Na discussão sobre a morte voluntária assistida em pacientes terminais com transtornos psiquiátricos comórbidos, a capacidade de discernimento é uma questão controversa. Alguns especialistas

suportam a ideia de que transtornos de humor podem afetar a capacidade de tomar decisões sobre o fim da vida. No entanto, é fundamental notar que a presença de doença mental não automaticamente invalidaria esta decisão. Classificar todos os pacientes terminais com transtornos psiquiátricos como incapazes de escolher o SAM interferiria na autonomia daqueles que permanecem capazes apesar da doença mental. (PEEREBOOM J, 2023).

Além disso, quando se trata de pacientes terminais com transtornos psiquiátricos concomitantes, há um amplo debate sobre o papel do psiquiatra na morte voluntária assistida, em relação à prevenção do suicídio. Argumentos destacam que essa prática pode ser uma alternativa mais humanitária ao suicídio, evitando mortes violentas ou solitárias (MCCORMACK R e FLÉCHAIS R, 2021).

CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos psiquiátricos representam uma abordagem essencial para melhorar a qualidade de vida em pacientes enfrentando doenças graves. A integração de uma equipe multidisciplinar, focada na empatia, escuta ativa e respeito à autonomia, é fundamental. O diagnóstico e rastreamento preciso de transtornos psiquiátricos, como ansiedade e depressão, possibilitam intervenções precoces, promovendo o bem-estar emocional. O tratamento diversificado, incluindo terapias farmacológicas e não farmacológicas, reflete a amplitude de ferramentas disponíveis para lidar com desafios emocionais.

Além disso, a consideração ética em torno da morte assistida em pacientes terminais com transtornos psiquiátricos adiciona complexidade, demandando uma avaliação cuidadosa da capacidade de discernimento e o papel dos profissionais de saúde. Respeitar os direitos dos pacientes, equilibrando necessidades individuais com considerações éticas e legais, é crucial. Em última análise, os cuidados paliativos psiquiátricos devem ser integrativos, centrados no paciente e culturalmente sensíveis, permitindo que os pacientes enfrentem o fim da vida com dignidade e de acordo com seus valores e desejos individuais. Essa abordagem não apenas alivia o sofrimento emocional, mas também contribui para uma experiência terminal única e significativa.

REFERÊNCIA

REYMOND L, et al. Home-based palliative care. *Australian Journal of General Practice*, 2018; 47(11): 747-752.

GONZÁLEZ-RINCÓN M, et al. The role of the nurse at the end of the life of a critically ill patient. *EnfermeríaIntensiva*, 2019; 30(2): 78-91.

.COLEND A CC, BLAZER DG. Review of Religious Variables in Advance Care Planning for End-of-Life Care: Consideration of Faith as a New Construct. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2022; 30(7): 747-758

SEWTZ C, et al. Longitudinal observation of anxiety and depression among palliative care cancer patients. *Ann Palliat Med*, 2021; 10(4): 3836-3846.

GERIATRIC ANXIETY INVENTORY. American Psychological Association. Disponível em: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/geriatric-anxiety>. Acesso em: 10 nov. 2023.

ZIMMERMANN C, et al. Phase II Trial of Symptom Screening With Targeted Early Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2021; 20(4): 361-370.

BRYNIARSKI P, et al. Factors connected with anxiety and other neuropsychiatric symptoms in advanced gastric cancer. *Acta Neuropsychiatrica*, 2022; 34(1): 10-14

GIBSON AW, GRABER JJ. Distinguishing and treating depression, anxiety, adjustment, and post-traumatic stress disorders in brain tumor patients. *Ann Palliat Med*, 2021; 10(1): 875-892.

GIANNINI JBL, et al. Tradução, adaptação transcultural e análise das propriedades de medida da versão portuguesa – brasileiro do questionário Cares of Older People in Europe Index (COPE Index). *Acta Fisiátrica.*, 2022; 29(3): 149-158.

.LARANJEIRA C, et al. "Keeping the Light On": A Qualitative Study on Hope Perceptions at the End of Life in Portuguese Family Dyads. *Int J Environ Res Public Health*, 2022; 19(3): 1561.

IVÉUS K, et al. Family bonding as a result of the family talk intervention in pediatric oncology: Siblings' experiences. *Pediatr Blood Cancer*. 2022; 69(3): 29517.

LIU T, et al. Aromatherapy with inhalation can effectively improve the anxiety and depression of cancer patients: A meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 2022; 77: 118-127

JULIÃO M, et al. A Portuguese trial using dignity therapy for adults who have a life-threatening disease: Qualitative analysis of generativity documents. *Palliat Support Care*. 2022; 20(2): 189-195.

GRASSI L, et al; ESMO Guidelines Committee. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*, 2023; 8(2): 101155.

MERCADANTE S, et al. Personalized goal for insomnia and clinical response in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*, 2020; 28(3): 1089-1096

ACKER KA, CARTER P. Sleep-Wake Disturbances in Oncology. *Nurs Clin North Am*, 2021; 56(2): 175-187.

DAVIS MP, SANGER GJ. The Benefits of Olanzapine in Palliating Symptoms. *Current Treatment Options in Oncology*, 2020; 22(1).

JAROSZ M, BADURA BRZOZA KA. Efficacy and safety of aripiprazole in the treatment of delirium. *Psychiatr Pol*, 2023; 1: 1-10.

BYOCK I. Taking Psychedelics Seriously. *J Palliat Med*, 2018; 21(4): 417-421.

ROSENBLAT JD, et al. A Phase II, Open-Label Clinical Trial of Intranasal Ketamine for Depression in Patients with Cancer Receiving Palliative Care (INKeD-PC Study). *Cancers (Basel)*, 2023; 15(2): 400.

SCHIMMERS N, et al. Psychedelics for the treatment of depression, anxiety, and existential distress in patients with a terminal illness: a systematic review. *Psychopharmacology (Berl)*, 2022; 239(1): 15-33.

ROSA WE, et al. Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Psychedelic-Assisted Therapy in the Context of Serious Illness. *J Palliat Med.*, 2022; 25(8):1273-1281.

SULLIVAN MD, BALLANTYNE JC. The Right to Pain Relief: Its Origins in End-of-life Care and Extension to Chronic Pain Care. *Clin J Pain*, 2021; 38(1): 58-63.

MENEZES MS, FIGUEIREDO MGMCA. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos – Revisão. *Braz J Anesthesiol*, 2019; 69(1): 72-77.

CAIN CL, et al. Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. *J Pain Symptom Manage*, 2018; 55(5): 1408-1419.

.ONISHI H. Communication at the End of Life. *J Hosp Palliat Care*, 2021; 24(3): 135-143.

FONTALIS A, et al. Euthanasia and assisted dying: what is the current position and what are the key arguments informing the debate? *J R Soc Med*, 2018; 111(11): 407-413.

.BARBOSA GSS, FEDERICO L. Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana. *Revista de Investigações Constitucionais*, 2018; 5(2): 165.

PEEREBOOM J. Implications of psychiatric diagnosis for Voluntary Assisted Dying in Victoria. *Aust N Z J Psychiatry*, 2023; 57(5): 629-635

.MCCORMACK R, FLÉCHAIS R. The role of psychiatrists and mental disorder in assisted dying practices around the world: a review of the legislation and official reports. *Psychosomatics*, 2012; 53(4): 319-26.

Capítulo 15



10.37423/240408947

PSIQUIATRIA PALIATIVA EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS

Daiane de Paula Barros

Letícia Vasconcelos Lovaglio

Lucas Duarte de Oliveira

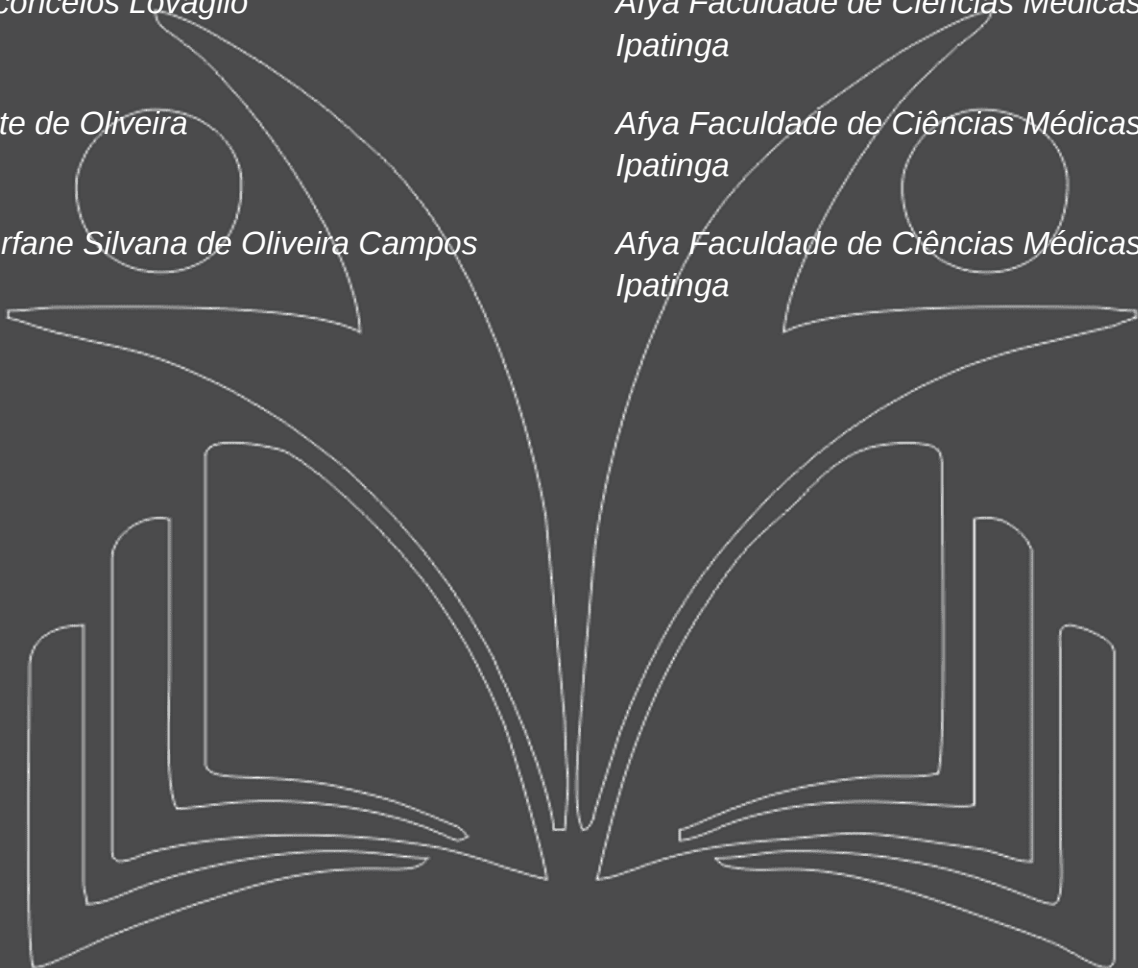
Pâmela Stérfane Silvana de Oliveira Campos

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*



PREFÁCIO

Nos recônditos da mente humana, onde a escuridão encontra a luz, surge a complexidade dos transtornos mentais severos e persistentes. Nesse espaço intrincado, onde a dor é muitas vezes indizível e a esperança parece fugaz, a Psiquiatria Paliativa emerge como um farol de compaixão e entendimento. Este prefácio é um convite para explorar as profundezas da condição humana, onde médico, paciente e familiares se unem em uma jornada singular.

A Psiquiatria Paliativa, uma disciplina que funde a sensibilidade da psiquiatria com os princípios do cuidado paliativo, lança pontes sobre o abismo entre o sofrimento e a aceitação. Este livro se desdobra como um guia compassivo, oferecendo não apenas soluções clínicas, mas também consolo para as almas em conflito. Os médicos tornam-se navegadores, não apenas dos sintomas, mas dos sentimentos mais profundos. Pacientes são mais do que diagnósticos; são narradores de suas próprias histórias, merecendo dignidade e respeito em sua jornada.

Este é um tributo à resiliência da mente e à capacidade do coração humano de encontrar significado, mesmo nas circunstâncias mais desafiadoras. Bem-vindo a uma jornada de compreensão, amor e cura na encruzilhada da psiquiatria paliativa. Que estas palavras sejam um refúgio para todos os que buscam luz nas sombras da mente humana.

INTRODUÇÃO

Nos corredores silenciosos da saúde mental, existem histórias não contadas, marcadas pelos transtornos mentais severos e persistentes (TMSP). Estas condições, incluindo esquizofrenia, transtorno bipolar e transtorno obsessivo-compulsivo grave, lançam sombras profundas sobre a vida dos afetados, desafiando não apenas a compreensão médica, mas também a empatia coletiva. Em um mundo que muitas vezes prioriza a saúde física, os TMSP permanecem frequentemente negligenciados, obscurecendo a vida de milhões. Os TMSP afetam uma parcela significativa da população global, com uma prevalência alarmante em todo o mundo. Estatísticas revelam que milhões de pessoas são afetadas, sobrecarregando sistemas de saúde já sob pressão. A incidência desses transtornos transcende barreiras culturais e econômicas, tornando-se uma preocupação global (ONOCKO-CAMPOS RT, 2019).

De acordo com Mendonça SM (2019), a complexidade dos TMSP reside nos desequilíbrios químicos cerebrais, estruturas neuronais alteradas e influências genéticas. Essas alterações fazem com que os indivíduos apresentem um espectro diversificado de sintomas, desde episódios de mania e depressão até pensamentos obsessivos e alucinações. Estas manifestações variadas não só afetam o comportamento, mas também comprometem a qualidade de vida dos pacientes, muitas vezes levando a um isolamento doloroso. O diagnóstico preciso é fundamental para a intervenção adequada. Ferramentas clínicas e avaliações psicológicas são empregadas para discernir entre os diferentes transtornos, permitindo um tratamento personalizado e compassivo.

A abordagem em cuidados paliativos para os TMSP transcende a simples gestão de sintomas. Terapias farmacológicas, psicoterapias e intervenções sociais se entrelaçam para proporcionar um suporte holístico. A terapia cognitivo-comportamental, por exemplo, emerge como uma ferramenta vital na reestruturação de pensamentos disfuncionais (SOUZA FILHO C e FERREIRA NETO JL, 2021).

Apesar dos avanços, a prevenção dos TMSP ainda é um desafio. Intervenções precoces, educação pública e destigmatização são pilares cruciais para mitigar o impacto desses transtornos e melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas. Nesta jornada pelos TMSP em cuidados paliativos, exploraremos não apenas as complexidades clínicas, mas também os aspectos humanos destas condições. Ao desvendar esses transtornos, buscamos não apenas tratar sintomas, mas também cultivar esperança, compreensão e dignidade para aqueles cujas vidas são marcadas por desafios mentais persistentes (FITTIPALDI ALM, et al., 2021).

EPIDEMIOLOGIA

O termo TMSP se refere a uma extensa gama de condições psiquiátricas que afetam a vida do indivíduo em um todo, interferindo na funcionalidade social com alterações significativas de comportamento, humor e pensamento. Os TMSP são caracterizados por sintomas clínicos graves, geralmente incapacitantes e que persistem ao longo do tempo. Conforme considerado por Dalgalarondo P (2019), em uma divisão didática e simplificada, os TMSP são divididos em quatro tipos: psicóticos; afetivos graves; de espectro impulsivo-compulsivo; e transtornos de personalidade.

TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Estes transtornos são caracterizados principalmente pela perda de ligação com a realidade. O indivíduo tem seus pensamentos, sentidos, emoções percepções e comportamento afetados de forma a não distinguir o que é ou não real. Segundo o DSM-5-TR (2023), existem vários tipos de transtornos psicóticos: esquizofrenia, transtorno delirante persistente, transtorno psicótico breve, transtorno esquizoafetivo, transtorno psicótico induzido por substâncias e transtorno psicótico devido outras condições médicas. Cada um destes transtornos com características e critérios diagnósticos únicos, porém com o ponto comum da percepção alterada da realidade.

Dentre os transtornos psicóticos, a forma mais conhecida e de maior prevalência é a esquizofrenia (AROUCA MED, et al., 2023). Estes autores sugerem, com base em uma gama de estudos, a prevalência de esquizofrenia na ordem de 1%, afetando igualmente homens e mulheres em termos quantitativos, distinguindo-se o sexo quanto ao surgimento, mais precoce no homem, e quanto ao curso do transtorno, mais brando nas mulheres.

TRANSTORNOS AFETIVOS GRAVES

Diferentemente dos transtornos psicóticos, os transtornos afetivos graves não afetam a percepção de realidade do indivíduo, mas sim em seu emocional, por isso também são chamados de transtornos do humor. Os transtornos afetivos graves, de uma maneira geral, são transtornos mentais caracterizados por alterações profundas e persistentes do humor que impactam significativamente na vida da pessoa. Dentro destes transtornos estão incluídos, entre outros, o transtorno afetivo bipolar e a depressão grave (AROUCA MED, et al., 2023).

As causas destes transtornos não são totalmente evidenciadas e compreendidas, porém têm-se que fatores genéticos, substâncias químicas cerebrais, eventos traumáticos da vida e, até mesmo, o uso

de álcool e drogas, são fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos afetivos (ABCMED, 2019). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua revisão mundial sobre saúde mental (WHO, 2022), é alarmante o aumento nos casos de transtornos mentais no mundo, destacando que somente no primeiro ano de pandemia a depressão e ansiedade tiveram aumento acima de 25%. Além disso, estima-se que a prevalência do transtorno bipolar, que é menor, ainda afete cerca de 1-2% da população geral.

TRANSTORNOS DO ESPECTRO IMPULSIVO-COMPULSIVO

Estes transtornos estão ligados ao controle – ou a falta dele – das obsessões, impulsos e compulsões. Eles podem ocorrer de natureza obsessiva-compulsiva (TOC), com pensamentos e impulsos que em algum momento são experimentados como desagradáveis e indesejados, provocando na maioria dos indivíduos uma ansiedade acentuada e, por consequência, certo grau de sofrimento (DA SILVA, AK e GOMES, ML, 2023). Outra forma destes transtornos são os alimentares, onde o indivíduo tem comportamento alimentar restritivo e/ou purgativo, com ocorrência ou não de ingestão alimentar exagerada. Decorrem de alterações graves no comportamento alimentar em face de distúrbios psicológicos relacionados, principalmente, a preocupação excessiva com o peso, ocorrendo uma distorção da imagem corporal associada ao medo patológico de engordar, culminando em dois tipos em dois tipos principais de transtornos: a anorexia e a bulimia nervosas (BERNARDES ACB, et al., 2023). Estes mesmos autores afirmam que os transtornos alimentares afetam principalmente adolescentes e adultos do sexo feminino, sendo difícil a determinação de prevalência destes distúrbios devido a subnotificação dos mesmos.

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

De difícil diagnóstico, os transtornos de personalidade são resultantes de uma gama de alterações comportamentais que incidem na personalidade do indivíduo estabelecida desde o início da vida. Segundo o DSM-5-TR (2023), estes transtornos são um padrão persistente de experiência interna e de comportamento que desvia de forma acentuada da expectativa da cultura do indivíduo, sendo difuso e inflexível, ocorrendo na adolescência ou início da fase adulta com estabilidade ao longo do tempo, ocasionando sofrimento ou prejuízo. Normalmente o indivíduo com transtorno de personalidade dispõe de limitado repertório emocional, de atitudes e comportamentos frente aos problemas da vida, com respostas desadaptativas (inflexibilidade) que culminam em sofrimento para si e/ou aos outros (DSM-5-TR, 2023).

O conjunto de transtornos de personalidade é dividido em três grupos principais que possuem características semelhantes (DSM-5-TR, 2023):

- Grupo A: engloba os transtornos do tipo paranoide, esquizoide e esquizotípico. Os indivíduos com estes transtornos compartilham características excêntricas e esquisitas, sofrem com a falta de confiança em outras pessoas e não possuem muitas expressões emocionais;
- Grupo B: é constituído pelos antissociais, histriônicos, narcisistas e borderlines. Os indivíduos não demonstram remorso por suas atitudes, com estereótipos de indivíduos dramáticos, emotivos e erráticos; e
- Grupo C: são os transtornos caracterizados por comportamentos e pensamentos ansiosos e temerosos, engloba as personalidades evitativas, que evitam a interação social e são extremamente sensíveis ao julgamento negativo de outros; dependentes, que têm a necessidade de ser cuidado e medo de estar sozinho, podendo se submeter a relações abusivas; e obsessivo-compulsivas, que apresentam uma preocupação excessiva com regras e ordem.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A esquizofrenia é uma das principais condições clínicas em que se demonstra importante grau de severidade e de persistência. É caracterizada como uma doença mental complexa que, geralmente, tem início ao fim da adolescência ou no começo da vida adulta. Isso acontece devido a estigmatização do processo e pela falta de atenção dada aos pacientes desse transtorno. Além disso, é considerada um transtorno psiquiátrico de etiologia heterogênea pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-5) (OMS, 2022).

Nesse panorama, é válido ressaltar que, no século XIX, acreditava-se que nem todas as manifestações de uma enfermidade advinham de uma patologia de base, pois em sua grande maioria eram relacionadas a fatores predisponentes e constituintes do quadro clínico do paciente. Assim, foram propostas outras três formas de se desmistificar as manifestações das doenças que afetam a psiquê, as quais foram propostas pelo psicopatólogo alemão Karl Birnbaum (1878-1950), que são os fatores patogenéticos, patoplásticos e psicoplásticos (DALGALARRONDO P, 2019).

Em relação às características patogenéticas, destacam-se os sintomas que são produzidos pelo transtorno de base como depressão, alucinações auditivas e percepções delirantes que, em geral, se manifestam em pacientes que apresentam esquizofrenia, transtornos esquizoafetivos, assim como nas psicoses afetivas e atípicas. Já os fatores patoplásticos se manifestam a partir da construção de situações dramáticas e demonstrativas dos sintomas depressivos que, muitas vezes, são originados da continuidade de ditames relacionados à personalidade dos pacientes e aos hábitos e costumes instituídos na sua cultura antes de adoecerem. Ademais, podem ter interferências externas ao

transtorno de base, mas que convém destacar que são formas indiscutíveis de se estabelecer a constituição e conformação dos sintomas. No que se refere à psicoplastia, os pacientes demonstram descontentamento com as relações familiares, sentimento de fracasso, inutilidade, desmoralização acerca das adversidades da vida. Esses quadros se legitimam devido aos eventos e as reações do indivíduo e do meio psicossocial posteriormente ao seu adoecimento (DALGALARRONDO P, 2019).

Em suma, os transtornos mentais severos e persistentes são capazes de gerar sinais e sintomas múltiplos e heterogêneos. Em geral, os pacientes podem apresentar quadros de sofrimento emocional, perda da capacidade de interagir tanto no meio interpessoal quanto social (JUNIOR DL, et al., 2021).

DIAGNÓSTICO

Hodiernamente, sob respaldo do DSM-5 e do CID-11, pode-se ter acesso aos critérios mais abrangentes para complementar a suspeita clínica do transtorno evidenciado, pois dá-se mais confiabilidade e segurança ao diagnóstico por meio da acurácia do pensamento clínico associado ao conjunto de síndromes que se inscrevem nos transtornos mentais severos e persistentes (DALGALARRONDO P, 2019).

No que diz respeito ao exame físico, deve-se atentar para o exame do estado mental. Para isso, é importante realizar a investigação das alterações quantitativas e qualitativas da consciência, para identificar o padrão de funcionamento e de desenvolvimento neuronal do paciente, das funções cognitivas, observando orientação, atenção, memória, inteligência e a linguagem, da sensopercepção, destacando se não há, por exemplo, relato de alucinações auditivas ou visuais e delírios. E, por fim, do juízo crítico, com intuito de avaliar se não há perda da sua legitimidade mental (NARDI AE, et al. 2021).

Para isso, são necessários bons instrumentos para coleta das informações e, também, para realizar uma boa escuta durante a anamnese, compreender as demandas e as perspectivas que o sujeito solicita e o tratamento da origem do problema com empatia. Isso parte do princípio que é dever do profissional da saúde saber orientar e direcionar o manejo do paciente a partir da introdução de terapias que podem ou não ser farmacológicas, dependendo do grau e da duração dos eventos, com vistas a compreender as determinantes de saúde inseridas no cotidiano dessas pessoas (BICKLEY LS, et al. 2022).

NOVO MODELO ASSISTENCIAL DE TRATAMENTO

No Brasil, ao longo dos anos, a assistência psiquiátrica esteve atrelada ao tratamento basicamente restrito ao interior dos grandes hospícios, com internação prolongada e manutenção da segregação do portador de transtorno mental do espaço familiar e da sociedade (ANTUNES A, 2021). Essa forma de atendimento tinha como papel o controle dos sujeitos considerados desviantes sociais. O principal foco de atenção não era a pessoa, mas a doença. Os portadores de transtorno mental eram marginalizados e desprovidos de autonomia e independência, não sendo vistos como pessoas ativas na sua terapêutica (ANTUNES A, 2021). Contudo, o modelo assistencial limitado à internação em asilos manicomiais, com função segregadora, se mostrou muito mais alienador do que ressocializador e reabilitador, tendo passado a ser questionado e discutido, profundamente, a partir da década de 1970, com o surgimento do movimento da reforma psiquiátrica no país (PCD, 2022).

Segundo a Lei 10.216/01, tal modelo deve desaparecer, não apenas por mostrar-se ineficiente e iatrogênico do ponto de vista terapêutico, como também por basear-se em uma forma de atuação contrária aos direitos básicos de qualquer cidadão, estabelecidos pela legislação brasileira (PCD, 2022). As atuais políticas de saúde mental apontam para novas formas de compreender, tratar e se relacionar com o portador e com o transtorno mental. Os recentes aparatos legais contemplam a criação de novos dispositivos de atenção em saúde mental e a formação de redes de serviços e redes de apoio (BRASIL, 2021). Ganham destaque serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Hospitais Dia (Dos leitos psiquiátricos e urgência em hospitais gerais, ambulatorios, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), bem como as redes de apoio, que envolvem parcerias com associações de moradores, de bairros, igrejas, grupos de autoajuda, escolas e universidades (BRASIL, 2021)

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida, além de estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia (SECRETARIA DA SAÚDE, 2018). Os CAPS dispõem de uma equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar e acompanha os usuários supracitados. Entre esses profissionais estão: médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; enfermeiro; profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e

profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e arteção (SECRETARIA DA SAÚDE, 2018).

Hospital Dia, também conhecido pelo nome de internação parcial, é quando a pessoa passa em geral 12 horas, ou parte do dia sendo acompanhada, principalmente pelos motivos de transtornos psiquiátricos e dependência química (BRASIL, 2021).

No que diz respeito ao redirecionamento do modelo assistencial, seis pontos da Lei 10.216/01 se destacam como prioritários:

1. O tratamento deve ocorrer através dos meios menos invasivos possíveis, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (ambulatórios, consultórios, serviços de atenção diária, etc);
2. O tratamento, em qualquer de suas modalidades, deve ter como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio;
3. O paciente deve receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
4. É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados na Lei 10.216/01 e que não assegurem aos pacientes os direitos nela enumerados;
5. Quando necessária, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos;
6. A internação só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e, quando imprescindível, que seja estruturada de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo entre outros: serviços médicos; serviços de assistência social; atenção psicológica; a tenção em Terapia Ocupacional e atenção de lazer assistido.

A fim de promover práticas assistenciais voltadas para o acompanhamento, adesão ao tratamento e prevenção da cronificação dos transtornos mentais graves e persistentes, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) incentiva a adoção de programas específicos. Estes programas têm como objetivo principal reorientar o modelo assistencial no sentido de evitar internações repetidas e o abandono do tratamento, proporcionar a melhoria da qualidade de vida e das relações familiares destes usuários, bem como estimular a reinserção social (ANS, 2021).

As ações sugeridas incluem o mapeamento dos pacientes graves na carteira da operadora, que necessitem de programas específicos de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para manutenção do tratamento; a construção de um sistema de informações em saúde mental para o monitoramento e avaliação da atenção à saúde prestada; a presença de uma equipe multidisciplinar; grupos educativos e de apoio aos familiares; grupos terapêuticos e/ou operativos com pacientes;

busca ativa de pacientes que abandonam as consulta e/ou a medicação; realização de grupos de estímulo aos de pacientes para reinserção social; grupos de Terapia Ocupacional e/ou Arteterapia; programações culturais e de lazer assistidas; equipe qualificada nas emergências psiquiátricas, que devem ocorrer prioritariamente em Hospital Geral, para redução de visitas em emergência e aumento da adesão ao tratamento continuado em serviços ambulatoriais e de atenção diária e acompanhamento Terapêutico (ANS, 2021).

PREVENÇÃO

A importância da saúde mental é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e está refletida na definição de saúde como sendo não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. De acordo com a OMS a prevenção e o tratamento adequados de certos transtornos mentais e comportamentais, por exemplo, podem reduzir os índices de suicídio. Sendo assim, a prevenção é definida principalmente como proteção contra os riscos e ameaças ao meio ambiente, o que significa inevitavelmente a parceria de instituições de saúde, às comunidades e a outros setores com o intuito de antecipar a ocorrência de uma doença ou cuidar para que ela não aconteça. Prevenir é trabalhar com causas reais ou hipotéticas que se deixasse passar agora para tratá-lo depois significaria um grande custo em dinheiro, sofrimento e na expectativa de vida (NARDI AE, et al., 2021).

A Psiquiatria Preventiva proposta por Gerald Caplan, foi transposta da medicina preventiva para a psiquiatria e considerava-se que pode ser realizada em três níveis:

- Prevenção primária, que consiste em intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e/ou do meio.
- Dentre elas, destacam-se o saneamento básico, a vacinação e o controle de vetores, fornecimento de moradias adequadas, escolas, áreas de lazer, alimentação saudável, higiene pessoal e adequada às necessidades da população;
- Prevenção secundária, visando a identificação precoce de doenças e o estabelecimento do tratamento adequado que evita a cronicidade e o aparecimento da deficiência. Neste contexto, são aplicadas medidas apropriadas, visando ao rápido restabelecimento da saúde, buscando interromper a evolução da situação, com cura e/ou redução das consequências mais importantes da doença (NARDI AE, et al., 2021);
- Prevenção terciária, definida pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria. Portanto, este tipo de prevenção tem como objetivos: limitar a progressão da doença, delimitando-a; prevenir ou diminuir as consequências das doenças, tais como: insuficiências, incapacidades, sequelas, sofrimento ou ansiedade, morte precoce; promover a adaptação do indivíduo às consequências inevitáveis (situações incuráveis) e prevenir recorrências da doença, ou seja, controlá-la e estabilizá-la. As ações visando à prevenção

terciária dão-se por meio da investigação e do tratamento médicos adequados, da reabilitação (impedir a incapacidade total), fisioterapia, terapia ocupacional, emprego para o reabilitado (NARDI AE, et al., 2021).

Por fim, do ponto de vista individual, algumas ações podem ser feitas para ampliar os cuidados em situações de acúmulo de estresse e de sofrimento psíquico, sendo elas: reconhecer os limites e manter uma visão realista de si; evitar comparações; possuir flexibilidade para as mudanças necessárias na vida; estar aberto ao diálogo; permitir-se tempo para lazer e para socialização; ter relações afetivas com amigos e família; praticar atividades físicas regulares; cultivar uma alimentação saudável; desenvolver a espiritualidade; cuidar dos pensamentos para que não sejam repetitivos, ameaçadores, autopunitivos e rígidos e pedir ajuda profissional quando necessário (quando as dores ou perdas estiverem intervindo na qualidade de vida, na capacidade de realizar o trabalho e manter relações afetivas estáveis e saudáveis) (CNMP, 2020).

Além disso, é importante praticar a higiene do sono, isto é, manter uma rotina de sono, procure dormir sempre no mesmo horário, evitar o consumo de bebidas com cafeína, criar no quarto um ambiente que induz o sono (sem luzes, silencioso, com temperatura agradável e roupas de cama confortáveis) e evitar o uso de telas antes de dormir (SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ, 2023).

REFERÊNCIAS

ABCMED, 2019. Transtornos afetivos - quais são os principais? O que deve ser feito? Disponível em: <https://www.abc.med.br/p/psicologia-e-psiquiatria/1341388/transtornos-afetivos-quais-sao-os-principais-o-que-deve-ser-feito.htm>. Acesso em: 18 out. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. 2021. Manual técnico para promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Disponível em: file:///C:/Users/wilso/Downloads/manual_promoprev_web.pdf. Acesso em 20 out 2023.

ANTUNES A. 2021. Reforma Psiquiátrica. Fiocruz. Disponível em: <https://www.epsv.fiocruz.br/noticias/reportagem/duas-decadas-de-reforma-psiquiatrica-no-sus>. Acesso em: 20 out 2023.

AROUCA MED, et al. Diferenças e similaridades entre o transtorno de personalidade borderline e o transtorno afetivo bipolar. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2023; 23, e12575.

BERNARDES ACB, et al. Correlação do transtorno de compulsão alimentar em pacientes com cirurgias bariátricas. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, 2023; 17, 54-63.

BICKLEY LS, et al. Propedêutica Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022; 1064 p.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. 2020. Bem Viver, Saúde Mental no Ministério Público. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2020/BemViverweb2.pdf>. Acesso em: 18 de out 2023.

DALGALARRONDO P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2019; 440 p.

DA SILVA AK, GOMES ML. As consequências da ansiedade na esfera alimentar: um olhar para o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico (TCAP). Revista de Casos e Consultoria, 2023; 14, e31092.

DSM-5-TR. Washington: American Psychiatric Publishing, 2022. APA - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. 2023.

FITTIPALDI ALM. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2021; 25, e200806.

JUNIOR DL, et al. Panorama geral a respeito da esquizofrenia e expectativas de tratamento. Brazilian Journal of Health Review, 2021; 4, 22624-22633.

MENDONÇA SM. Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. Revista Bioética, 2019; 27, 46-52.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2021. Atenção Especializada e Hospitalar: Hospital-Dia. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/hospital-dia>. Acesso em: 18 de out de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2021. 20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>. Acesso em: 18 de out 2023.

NARDI, AE, et al. Tratado de psiquiatria da associação brasileira de psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2022; 984 p.

OMS. 2022. Transtornos mentais. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 18 de outubro de 2023.

ONOCKO-CAMPOS RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cadernos de saúde pública, 2019; 35, e00156119.

PORTAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. 2022. Lei da reforma psiquiátrica. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/868531-lei-da-reforma-psiquiatrica-completa-21-anos-em-meio-a-avancos-e-desafios/>. Acesso em 19 out 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. 2018. CAPS. Prefeitura de Feira de Santana. Disponível em: <http://www.feiradesantana.ba.gov.br/servicos.asp?id=14&link=sms/ambespecializado/cse/caps.asp>. Acesso em 20 de out 2023.

SECRETARIA DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. 2023. Tratamento precoce e medidas de prevenção podem evitar agravamento de transtornos mentais. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2023/09/20/tratamento-precoce-e-medidas-de-prevencao-podem-evitar-agravamento-de-transtornos-mentais/>. Acesso em: 18 de out 2023.

SOUSA FILHO C. FERREIRA NETO JL. Transtornos mentais graves na atenção básica: experiências de profissionais de equipes da saúde da família. Revista Psicologia e Saúde, 2021; 13, 99-115.

World Health Organization. World mental healthreport: transforming mental health for all. Geneva, 2022. 272 p.

Capítulo 16



10.37423/240408948

REUMATOLOGIA

Neimar Rodrigues Costa

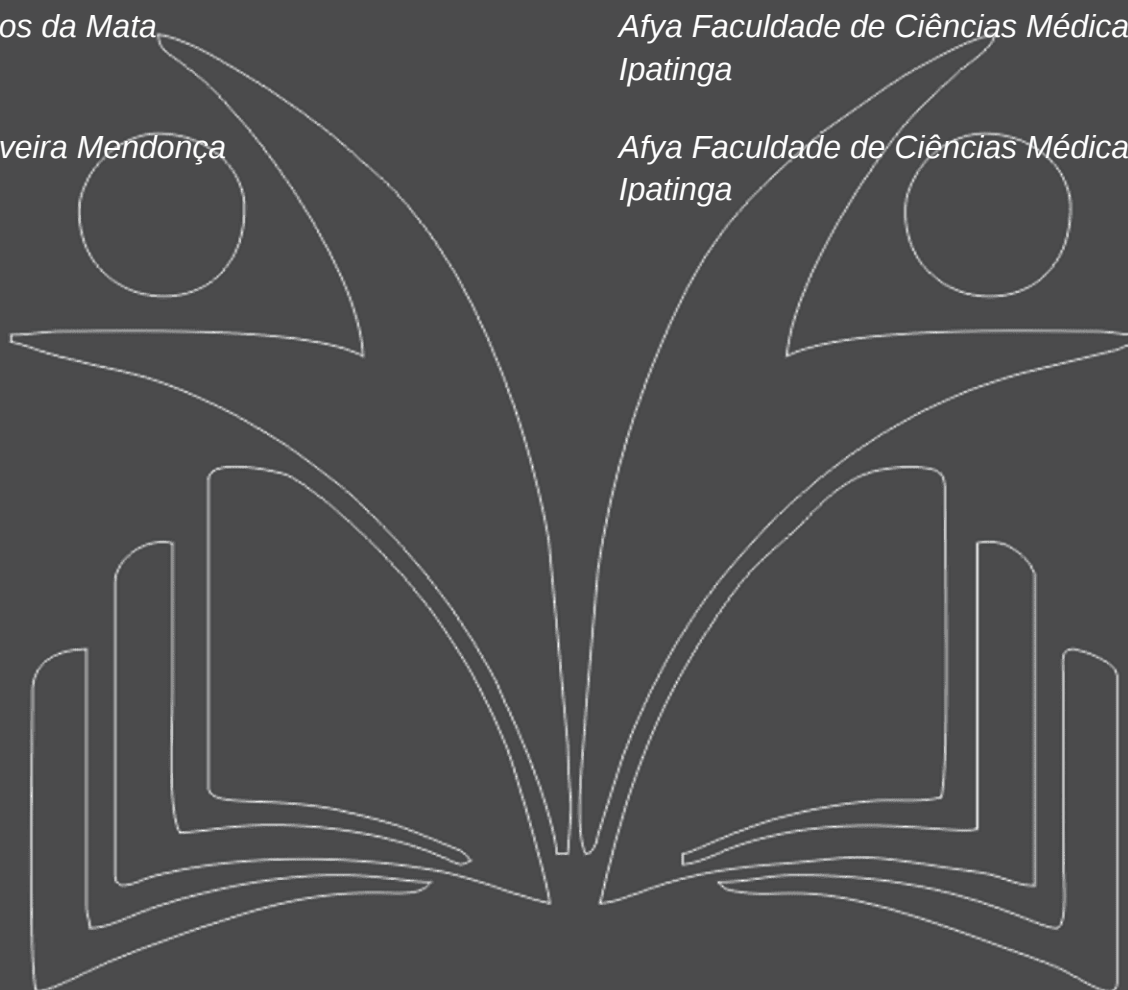
Breno Santos da Mata

Rogério Oliveira Mendonça

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*

*Afya Faculdade de Ciências Médicas de
Ipatinga*



PREFÁCIO

A reumatologia, campo da medicina que estuda o sistema musculoesquelético, abrange doenças e agravos que podem se manifestar de maneira aguda e, inclusive, assumir caráter incomum, atingindo indivíduos de todas as faixas etárias.

As doenças reumatológicas quando não diagnosticadas de maneira correta, chegam a causar graves prejuízos físicos e psicológicos nos portadores, entre eles a perda ou diminuição do status funcional (tomar banho, vestir-se, transferir-se no ambiente e realizar atividades instrumentais) está fortemente associada com maior uso de serviços de saúde, isolamento e alojamento em instituições; sendo assim, a manutenção da funcionalidade é considerada uma determinante importante de qualidade de vida entre idosos em Cuidados Paliativos.

Além do controle da inflamação, um dos principais objetivos no tratamento das doenças reumáticas é modificar sua evolução e prevenir o progressivo acúmulo de lesões teciduais e disfunções de órgãos e sistemas.

INTRODUÇÃO

Dentre tantas especialidades, a reumatologia destaca-se pela aquisição de novos conhecimentos e opções terapêuticas, mas mantém sua condição essencialmente clínica, ocupando-se de pacientes que, em geral, apresentam doenças tipicamente crônicas, de longa evolução, quando também a relação médico-paciente se pretende duradoura, hábil para manter-se sólida em situações de instabilidade, evitando contratransferências e abandonos de tratamento (AUGUSTO, C. et al., 2013).

A história natural das afecções reumáticas é variável. Pacientes acometidos por afecções reumatológicas sofrem constantemente com dores muitas vezes incapacitantes. Com isso, torna-se importante a introdução dos principais preceitos da medicina paliativa.

A dor crônica deve ser entendida como uma doença e, não simplesmente, como um sintoma. Pois trata-se de um fenômeno multidimensional que promove impactos na qualidade de vida e na capacidade funcional e social. Dentro de todo universo dos cuidados paliativos a dor é o sinal mais relatado pelos pacientes reumatológicos e a busca destes por conforto é contínua (SANVEZZO et al., 2018).

Quanto ao tratamento farmacológico, à descoberta de mecanismos patogênicos constituíram alvos terapêuticos. Diante disso, os cuidados paliativos dispõem de uma gama de medicamentos, dentre eles: analgésicos, relaxantes musculares, opioides, antidepressivos e anticonvulsivos.

Os cuidados paliativos são medidas ativas e integrais prestadas à pessoa com doenças graves, progressivas e que ameaçam a continuidade de sua vida. Os objetivos almejados visam promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OLIVEIRA, R; RIGO, ROSÂNGELA. 2023).

SÍNDROMES ÁLGICAS

A dor crônica deve ser entendida como uma doença e, não simplesmente, como um sintoma. Pois trata-se de um fenômeno multidimensional que promove impactos na qualidade de vida e na capacidade funcional e social, com sérias consequências em condições físicas, psicológicas e comportamentais. Fazendo-se necessário compreender a dor crônica precisa, não apenas do conhecimento dos mecanismos biológicos da dor, mas também da avaliação de outros fatores associados à doença, tais como sexo, idade, peso, etnia e os fatores psicossociais como ansiedade,

tabagismo, depressão e consumo excessivo de álcool somados as condições socioeconômicas como o nível de escolaridade de cada paciente, o status conjugal, a prática de atividade física e se o paciente está ou não empregado. Uma abordagem terapêutica interdisciplinar, que é o preconizado pelos cuidados paliativos, é necessária para o objetivo de alívio da dor, restauração física, social e emocional do paciente (VASCONCELOS, J. 2019).

Na maior parte das vezes, a dor é a principal queixa dos pacientes. Deve-se questionar características como intensidade, irradiação, ritmo, periodicidade, sinais que acompanham esse sintoma, fatores de piora, melhora e ordem de acometimento articular. Pode se caracterizar também como de pequena, média ou grande intensidade. Outro parâmetro para inferir a intensidade da dor consiste em perguntar sobre seu impacto nas atividades de vida diária e profissional. Dessa forma, quase sempre existe uma correlação direta entre intensidade da dor e capacitação física (VASCONCELOS, J. 2019).

A dor pode ser referida de diversas maneiras, como: em pontada, fígada, peso, queimação e latejante. Pode, ainda, ser localizada ou irradiar-se. Uma boa caracterização anatomotopográfica da distribuição é capaz de indicar um diagnóstico precoce. Alguns exemplos são: neuropatias compressivas, como as síndromes do túnel do carpo e do túnel do tarso, com dor na distribuição dos nervos mediano e fibular, respectivamente; lombociatalgias e cervicobraquialgias com radiculopatia; neuropatias sensorimotoras relacionadas com intoxicação por sais de metais pesados e alguns fármacos; mononeurite múltipla e polineuropatias em pacientes diabéticos; doenças autoimunes, como lúpus eritematoso sistêmico (LES) e vasculites (RIBEIRO, PRISCILA et al. 2013).

A evolução da dor se relaciona com o seu comportamento diário e tem aspectos diferentes quando observado em um processo inflamatório, traumático, degenerativo ou neoplásico. Por isso, é habitual chamá-lo de inflamatório quando a dor piora com repouso ou imobilização prolongada, ao iniciar os movimentos, ao acordar, pela manhã, e há remissão ao decorrer do dia. Em geral, é próprio das doenças inflamatórias autoimunes, como artrite reumatóide, LES e espondilite anquilosante. Já a progressão mecânica se refere à dor que piora com o movimento e melhora em repouso. É característico das lesões miotendíneas, lombalgias e cervicalgias. Existem aquelas de ritmo misto (inflamatório e mecânico), que apresentam piora ao iniciar o movimento, depois regressam, mas pioram após certo período em movimento. Isso ocorre frequentemente na osteoartrite de joelhos e quadris (FUCHSA, M; CASSAPIAN, M. 2012).

PRINCIPAIS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS

As doenças reumáticas compreendem um grupo de comorbidades mais antigas e incapacitantes na prática clínica, incluindo centenas de condições diferentes, tais como artrite reumatoide (AR), osteoartrite, lúpus eritematoso (LES), escleroderma, gota, fibromialgia, entre outros.

A artrite reumatóide é uma doença auto-imune de etiologia desconhecida, caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, que leva à deformidade e à destruição das articulações por erosão do osso e cartilagem. Sua incidência aumenta com a idade. Com a progressão da doença, os pacientes desenvolvem incapacidade para realização de suas atividades tanto de vida diária como profissional. Considerando o potencial incapacitante deste tipo de doença, o acompanhamento destes pacientes do ponto de vista funcional deve ocorrer desde o início da doença, com orientação do paciente e programas terapêuticos dirigidos à proteção articular, à manutenção do estado funcional do aparelho locomotor e do sistema cardiorrespiratório (PECIAL et al., 2004).

O Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença incurável até o momento, autoimune, inflamatória crônica e multissistêmica com manifestações clínicas e laboratoriais diversas. Dentre as características da doença, destacam-se a oscilação entre os períodos de exacerbação e remissão, no acometimento cutâneo, articular e imunológico, que guarda relação com a qualidade da adesão ao tratamento. O tratamento do LES, assim como para outras doenças crônicas como câncer, hipertensão e diabetes, é mais paliativo e tem por objetivo controlar os sintomas, melhorando a qualidade de vida da pessoa (ROSA et al., 2021).

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa crônica de etiopatogenia complexa, multifatorial e ainda não completamente esclarecida. A característica mais marcante da FM é a dor musculoesquelética generalizada, associada a distúrbios do sono, fadiga, alterações cognitivas e desordens psíquicas. A dor da FM não é devida a um aumento da estimulação dolorosa detectada. Também não é secundária à uma lesão ou doença que acomete o sistema nervoso somático-sensitivo, e desse modo é classificada como um tipo de dor disfuncional (OSWALDO; VILLEGAS, 2019).

AVALIAÇÃO DO PACIENTE REUMÁTICO

Baseado na boa prática em Medicina, sobretudo na Reumatologia, especialidade em que a dor aflige e o medo da deficiência e da incapacidade são constantes, os pacientes depositam toda a sua confiança na consulta médica. Na impossibilidade de oferecer uma terapia efetiva para determinada enfermidade, demonstrar compreensão e empatia, prestar informação e dar suporte ao paciente

auxiliam a reduzir a ansiedade e a angústia dos familiares e, principalmente, do paciente (AUGUSTO, C. et al. 2013).

Para a compreensão do enredo patológico, a anamnese possibilita desenvolver hipóteses diagnósticas adequadas e auxilia no direcionamento de exames complementares, quando necessário. Tradicionalmente, a avaliação do paciente inclui os seguintes passos: identificação, avaliação da queixa principal, duração dos sintomas, história clínica da condição atual, interrogatório complementar, avaliação de antecedentes pessoais e familiares e exame físico. Dessa maneira, algumas doenças podem se relacionar com determinados dados obtidos na anamnese, como sexo, idade, etnia, profissão, procedência e classe social servindo de substrato importante a ser associado a dados coletados na história clínica (VASCONCELOS, J.; 2019).

O exame físico geral do paciente reumático deve contemplar a avaliação segmentar por aparelhos, realizados com base nos dados da história clínica. As técnicas utilizadas para esse fim são: inspeção (geral e segmentar), palpação e movimentação. A inspeção geral deve incluir a análise da marcha, postura, fâcies, a presença de deformidades, amputações ou ausência de segmentos corporais. A inspeção segmentar analisa a integridade morfológica do esqueleto axial (coluna) e apendicular (membros superiores – MMSS e membros inferiores – MMII). Com o paciente em posição ortostática, avaliamos forma, volume, contornos, relevos musculares, comprimento, alinhamento e simetria dos segmentos funcionais do sistema musculoesquelético. A impressão visual obtida deve ser complementada pela exploração tátil do aparelho, feita com a palpação. A pesquisa de pontos dolorosos, em conjunto com a identificação de calor, rubor, inchaço, rigidez, crepitações auxilia na separação entre os distúrbios inflamatórios e os mecânicoposturais. A avaliação da mobilidade articular deve ser feita mediante a testagem dos movimentos ativos (feitos pelo paciente), passivos (feitos pelo examinador) e contrarresistência (feitos pelo paciente contra oposição imposta pelo examinador). Todas as articulações e estruturas periarticulares devem ser examinadas à procura de dor, tumor, calor, rubor, deformidades, assimetrias, crepitações e restrições de movimento (RIBEIRO, PRISCILA et al. 2013)..

Para compreensão e formulação de hipóteses diagnósticas, o uso de exames complementares podem auxiliar na investigação conclusiva da patologia. A análise de exames laboratoriais auxiliam na definição prognóstica, sub-fenotipagem e monitoramento de atividade de doenças, desempenhando relevante papel na classificação e definição do espectro clínico de algumas enfermidades. Desse modo, faz-se necessário a investigação apurada, como exames hematológicos e pesquisa de autoanticorpos,

além disso, o líquido sinovial pode inferir importantes características de determinadas doenças. Métodos de imagem, como: eletroneuromiografia, densitometria óssea, radiografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e o ultrassom - também são importantes ferramentas que auxiliam na propedêutica do paciente (CARVALHO, M. P. et al. 2019).

Portanto, a avaliação funcional em Cuidados Paliativos é fundamental para a vigilância da evolução da doença e se constitui em elemento valioso na tomada de decisões, prognóstico, diagnóstico e prevenção de efeitos adversos associados ao declínio funcional (OLIVEIRA, R; RIGO, R; 2023).

MANEJO DO PACIENTE REUMÁTICO

As doenças reumáticas afetam milhões de pessoas em todo o mundo. No Brasil, situam-se como a terceira causa principal de incapacidade para o trabalho, sendo suplantadas apenas pelas doenças psiquiátricas e cardiovasculares. Na área de Reumatologia, a maioria dos pacientes apresenta doenças crônicas que trazem como questões primordiais a dor, o estigma e o medo da invalidez, além de insatisfação e fracasso relacionados a tratamentos anteriores, e questionamentos sobre os medicamentos e seus efeitos indesejáveis (CARVALHO, M. P. et al. 2019)

Tendo ou não razões legítimas e aceitáveis, todos desejam ser ouvidos e compreendidos, e esperam do médico palavras que lhes reacendem a esperança, fonte essencial de motivação e energia para prosseguir na luta contra a doença e suas consequências (LUÍSA, A. et al. 2016).

Os cuidados terapêuticos requerem atenção constante por meio de consultas e contatos frequentes. Geralmente apresentam acometimentos de vários órgãos e sistemas concomitantemente. A história atual e pregressa, assim como os antecedentes, devem ser analisados cuidadosamente para a melhor prescrição de medicamentos reumatológicos no intuito de evitar interações medicamentosas e efeitos adversos. A escolha do tratamento mais adequado e na elaboração de plano de tratamento multidisciplinar auxilia um salto de qualidade na assistência dos pacientes com afecções reumatológicas (AUGUSTO, C. et al. 2013).

Um dos objetivos mais importantes do tratamento é manter habilidade para as atividades funcionais, o que depende da capacidade física do indivíduo. Essa redução da capacidade física traz, com frequência, várias consequências negativas para os pacientes, como a redução da autoestima e, frequentemente, a quadros depressivos concomitantes, produzindo fadiga, dores musculoesqueléticas difusas e distúrbios do sono. O suporte social, especialmente de familiares, deve

ser valorizado. Finalmente, a espiritualidade do paciente, tem se mostrado valiosa na preservação da esperança, da autoestima e de uma visão mais otimista do futuro (SANVEZZO et al., 2018).

Dessa maneira, o tratamento medicamentoso deve ser levado em conta as modificações fisiológicas que ocorrem com a idade e que podem interferir na metabolização e na ação das drogas, como meia vida plasmática, volume de distribuição e depuração, assim como de farmacocinética, podendo haver maior risco de toxicidade relacionada ao tratamento. Dentre as classes medicamentosas utilizadas para tratamento reumatológico, podemos citar os: Antiinflamatórios não esteroidais (AINES), Imunossupressores e imunomoduladores, Imunobiológicos, Biossimilares, Glicocorticóides e Infiltrações articulares e de partes moles.

Portanto, a Reumatologia é uma especialidade relativamente nova no âmbito da medicina, devido a fatores como mudanças epidemiológicas e de hábitos de vida da população, como o envelhecimento populacional e sedentarismo, além da melhor caracterização de processos autoimunes e inflamatórios, vem ganhando cada dia mais destaque entre as especialidades médicas.

Sendo assim, a abordagem do sistema musculoesquelético, desde a propedêutica, com a anamnese e exame físico realizados de maneira apropriada, o conhecimento das principais síndromes, são imprescindíveis para que se possa chegar a um diagnóstico etiológico correto

Dentro do amplo espectro das doenças reumatológicas, a dor é a principal manifestação clínica apresentada pelos pacientes reumáticos, tendo em vista que é dever do médico reconhecer a dor não somente como um simples sintoma, mas é fundamental caracterizar a síndrome álgica conforme a apresentação do paciente.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, C. et al. A reumatologia em um curso de medicina com aprendizagem baseada em problemas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 37, n. 4, p. 584–590, 1 dez. 2013.

CARVALHO, Marco Antonio P. et al. *Reumatologia : diagnóstico e tratamento*. 5.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2019.

Cecin HA, Ximenes AC. *Tratado Brasileiro de Reumatologia*. São Paulo: Atheneu, 2015.

FERREIRA AGC, Silva AF. Construindo bases para os cuidados paliativos na atenção primária: relato de experiência do Projeto Manto. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022; [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2890](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2890).

LUÍSA, A.; MARÍLIA BENSE OTHERO. Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, v. 30, n. 88, p. 155–166, 1 dez. 2016.

Marilles Fuchsa; Marina Redekop Cassapian. A Terapia Ocupacional e a dor crônica em pacientes de Ortopedia e Reumatologia: revisão bibliográfica. *Cad. Ter .Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 20, n. 1, p. 107-119, 2012.

MARIA, M.; MARIA CRISTINA PAGANINI. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Revista Bioética*, v. 27, n. 4, p. 699–710, 1 dez. 2019.

OSWALDO; VILLEGAS, J. Adherence to fibromyalgia treatment: challenges and impact on the quality of life. *BrJP*, v. 2, n. 1, 1 jan. 2019.

PECIAL, S. et al. ARTIGO E SPECIAL Artrite Reumatóide: Diagnóstico e Tratamento

Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbr/a/Wdk9p87DbzP4HBDt5vPsZdg/?format=pdf>>. *Ver Bras Reumatol*, v, 44 . n. 6 , p . 435-42 . nov./dez .. 2004.

RAFAEL DE OLIVEIRA; ROSÂNGELA SILVA RIGO. Cuidados Paliativos nos pacientes com afecções reumatológicas. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 1, p. e16512139241- e16512139241, 6 jan. 2023.

RIBEIRO, Priscila Dias Cardoso et al. *Manual de reumatologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020, 454 p.

ROSA, R. et al. Fatores influentes da qualidade de vida em pessoas com lúpus eritematoso Sistêmico. *Acta Paulista De Enfermagem*, v. 34, 1 jan. 2021.

SANVEZZO, V. M. DE S. et al. Instruments for the functional assessment of elderly persons in palliative care: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 21, n. 5, p. 604–615, 1 out. 2018.

VASCONCELOS, José Tupinambá Sousa (Ed.). *Livro da sociedade brasileira de reumatologia*. Barueri : Manole, 2019.

View of Palliative care in patients with rheumatological conditions. Disponível em:

<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39241/32493>>. Development, v. 12, n. 1, 2023.

Research, Society and

Capítulo 17



10.37423/240408949

ONCOLOGIA

Marita de Novais Costa Salles de Almeida

Ana Carolina Lima Barros

Letícia Guimarães da Fonseca Dias

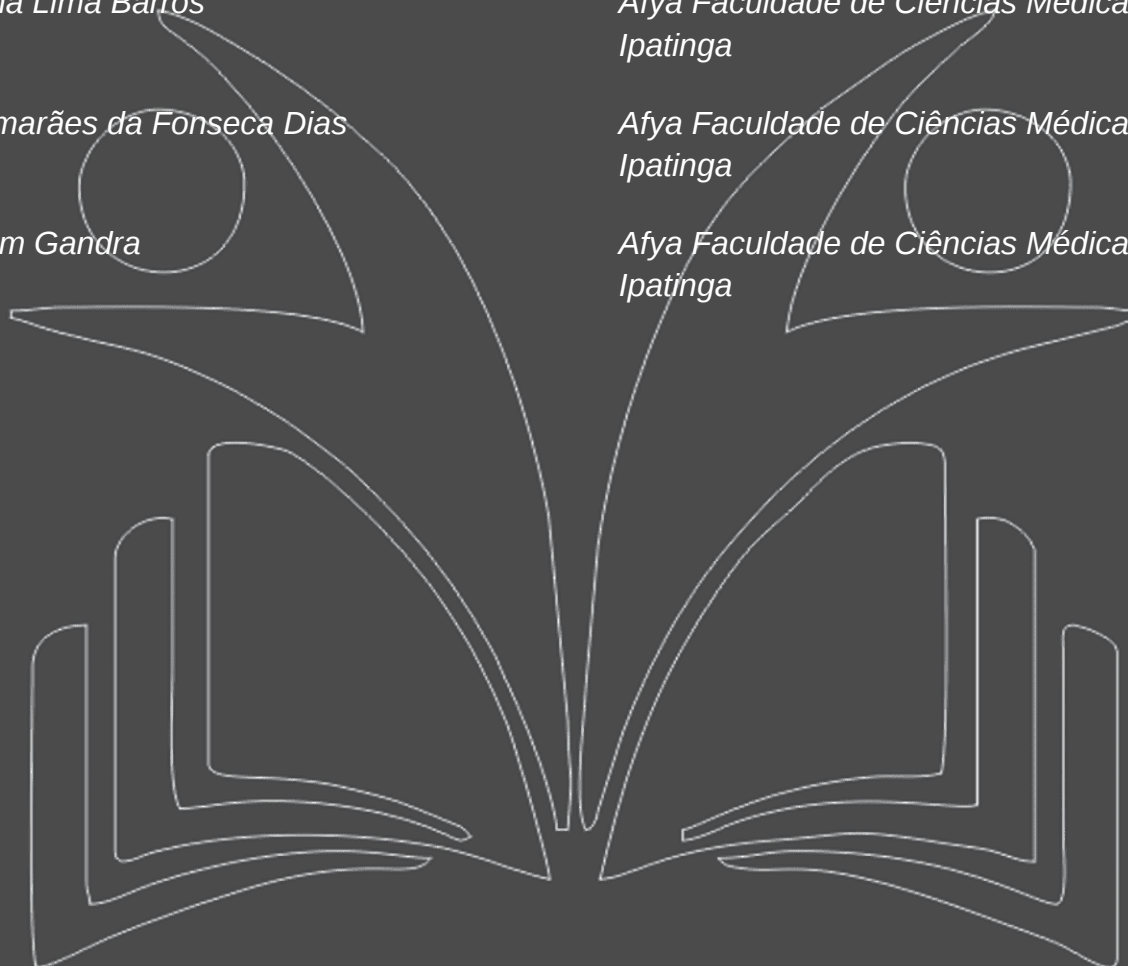
Sara Amorim Gandra

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

Os cuidados paliativos e de fim de vida são focados nas necessidades do paciente e da sua família, sendo uma forma ativa e contínua de oferecer o melhor cuidado possível por meio de ferramentas farmacológicas e não farmacológicas. Todos os pacientes oncológicos podem ser beneficiados pela abordagem centrada no paciente que empregue as intervenções de cuidados paliativos concomitantemente aos cuidados centrados no tumor para melhorar a dignidade na vida e na morte. Fatores socioeconômicos impactam na disponibilização e na aceitação de cuidados de suporte pela visão estigmatizada que as pessoas em geral e até os profissionais de saúde têm no tratamento focado no paciente. As ações são direcionadas conforme os níveis de recurso disponíveis no país, tendo como meta mínima o controle da dor até proporcionar como política nacional opções variadas, incluindo cuidados domiciliares.

INTRODUÇÃO

Mundialmente, o câncer é reconhecido como a segunda principal causa de morte, com 9,6 milhões de óbitos em 2018, enquanto o Brasil enfrenta uma estimativa de 483 mil novos casos de câncer não melanoma no triênio 2020-2022 (SANTOS *et al.*, 2023). O diagnóstico de câncer é uma experiência impactante que transcende as dimensões da saúde, afetando aspectos emocionais, relacionais, espirituais e financeiros.

Esse diagnóstico é temido, não apenas devido ao seu aumento de prevalência, que teve um crescimento de 20% da expectativa de vida na última década, mas também porque muitos já testemunharam o impacto da doença em pessoas próximas, como familiares e amigos (DIB *et al.*, 2022; SANTOS *et al.*, 2023). Nesse sentido, os cuidados paliativos (CP) na oncologia são eficazes em atender necessidades substanciais da pessoa com câncer e de seus familiares ou cuidadores melhorando sintomas físicos, psicossociais e de preparação para cuidados médicos futuros (DHOLLANDER *et al.*, 2020).

Contudo, há uma tendência da sociedade e dos pacientes a interpretarem tanto o tratamento oncológico quanto os CP de maneira negativa. Essa associação cria tabus em um cenário de incertezas acerca do futuro, da abordagem terapêutica e suas possíveis reações adversas, da mudança de rotina e da diminuição da privacidade em razão da internação (DIB *et al.*, 2022).

A comunicação empregada por quem oferta os cuidados deve ser aperfeiçoada. Tendo em vista que o uso de linguagem desumanizante pela equipe de saúde reforça estigmas frequentemente associados ao câncer, que podem moldar percepções negativas as quais impactam não apenas os pacientes, mas também as redes de apoio, resultando em desafios de saúde mental, como ansiedade e depressão, e no comportamento de atraso na procura de assistência (“Patient first; person first”, 2023).

Por tudo isso, há uma demanda por profissionais cada vez mais familiarizados em CP em oncologia para que encaminhem os pacientes com câncer precocemente, lidar e transmitir notícias para pessoas em situações vulneráveis sem equiparar os CP aos cuidados de fim de vida (BARATA *et al.*, 2023). Portanto, é necessário adotar um modelo integrado de cuidados curativos e paliativos para doenças crônicas progressivas, como o câncer.

POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas de cuidados paliativos desempenham um papel crucial na garantia de que pacientes enfrentando doenças avançadas ou terminais, como o câncer, recebam assistência de

qualidade para aliviar o sofrimento e melhorar sua qualidade de vida. No cenário brasileiro, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) tem desempenhado um papel de destaque na promoção de cuidados paliativos.

O INCA oferece cuidados paliativos aos pacientes oncológicos em suas Unidades Hospitalares no Rio de Janeiro, com destaque para a Unidade Especializada conhecida como Hospital do Câncer IV (HC IV). O HC IV não apenas fornece assistência paliativa de alta qualidade, mas também serve como um centro de ensino e pesquisa dedicado a essa área crucial da medicina. A presença de uma Unidade Especializada como o HC IV é fundamental para a formação de profissionais de saúde no campo dos cuidados paliativos, garantindo que haja especialistas bem treinados para atender as necessidades dos pacientes (“Cuidados paliativos”, 2022).

Além disso, o INCA desempenha um papel ativo na promoção de debates e na articulação em rede para a expansão dos CP na política de saúde do Brasil. A colaboração com outras instituições e a disseminação de melhores práticas contribuem para o fortalecimento da conscientização sobre a importância dos cuidados paliativos na agenda de saúde pública brasileira.

De 2006 para 2017 a classificação do Brasil melhorou no ranqueamento mundial de cuidados paliativos, entretanto, ainda está em estágio não integrado de CP. Essa categoria abriga os países em que há desenvolvimento do ativismo em cuidados paliativos em vários locais com o crescimento do apoio local nessas áreas; múltiplas fontes de financiamento; a disponibilidade de morfina; vários serviços de cuidados paliativos hospitalares de uma variedade de prestadores; e o fornecimento de algum treinamento e educação (CLARK *et al.*, 2020).

No contexto mundial, vários países têm implementado políticas públicas eficazes de cuidados paliativos, especialmente na Europa. Por exemplo, o Reino Unido é amplamente reconhecido por seu Sistema Nacional de Saúde (NHS) que oferece cuidados paliativos de alta qualidade e integrados em todo o país. Da mesma forma, o Canadá, através de várias províncias, tem estabelecido programas de cuidados paliativos que se concentram em garantir que os pacientes terminais recebam assistência abrangente.

Conforme dados de 2017, esses países compõem os 15% de territórios com serviços de cuidados paliativos integrados com os outros de atenção à saúde em máxima classificação (CLARK *et al.*, 2020). Um país nesta categoria apresenta massa crítica de ativismo em cuidados paliativos numa vasta gama de locais, prestação abrangente de todos os tipos de cuidados paliativos por múltiplos prestadores de

serviços, ampla conscientização sobre cuidados paliativos por parte dos profissionais de saúde, das comunidades locais e da sociedade em geral.

Adicionalmente, para atingir a classificação máxima em CP, é necessário uma estratégia implementada e atualizada regularmente, disponibilidade irrestrita de morfina e dos mais fortes analgésicos para o controle da dor, um dos sintomas mais prevalentes e que diminuem a qualidade de vida da pessoa que vive com câncer. O país também deve apresentar diretrizes sobre cuidados paliativos, ter centros educativos reconhecidos e ligações acadêmicas com universidades com evidências de integração de cuidados paliativos em currículos relevantes; e, por fim, ter uma associação nacional de cuidados paliativos que obteve impacto significativo.

Esses exemplos ilustram como as políticas públicas de cuidados paliativos são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, independentemente de onde vivam. Com o crescimento da população idosa e um aumento nas condições crônicas, a promoção de cuidados paliativos eficazes torna-se uma prioridade para sistemas de saúde em todo o mundo.

QUANDO E COMO INTERROMPER O TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO E ORGANIZAR CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES COM CÂNCER INCURÁVEL

A quimioterapia paliativa pode trazer boa qualidade de vida para pessoas que vivem com doença maligna incurável. Por isso, é preciso equilibrar novas possibilidades tecnológicas e terapêuticas com a perspectiva desses pacientes no contexto de suas vidas (GUILHEM, 2023). Entretanto, são escassos os estudos de fármacos que abordam desfechos importantes para o paciente como estado funcional, internações hospitalares e qualidade de morte. Geralmente as pesquisas sobre o tratamento de tumores avaliam a taxa de sobrevivência e não incluem outros aspectos da qualidade de vida e de morte.

A decisão de quando e como interromper o tratamento antineoplásico paliativo e, ao mesmo tempo, organizar cuidados paliativos para pacientes com câncer incurável é de grande relevância no campo da oncologia. Os profissionais de saúde enfrentam desafios significativos ao lidar com essa transição nos cuidados, uma vez que envolve não apenas considerações clínicas, mas também aspectos emocionais e éticos em um cenário com poucas evidências científicas do uso de medicamentos anticâncer comparados a melhores cuidados de suporte com nenhum medicamento antineoplásico (REQUEIJO *et al.*, 2023).

Nesse contexto, a utilização de ferramentas prognósticas tem sido explorada como uma abordagem para orientar decisões de interrupção do tratamento focado no tumor. No entanto, é importante abordar essa questão com cautela, pois, como sugerem os resultados disponíveis, as ferramentas prognósticas não se mostraram necessariamente mais precisas do que as previsões clínicas de sobrevivência feitas pelos médicos.

Ainda assim, há razões para considerar o uso rotineiro de ferramentas prognósticas como uma adição valiosa à prática clínica. Destaca-se que essas ferramentas podem ser empregadas como recursos educativos e de formação para profissionais de saúde menos experientes, ajudando a melhorar a comunicação sobre prognósticos com os pacientes (D'ALESSANDRO, 2023). Como exemplo de ferramentas para encaminhar os pacientes em momento oportuno pode-se citar SPICT-BRTM, Gold Standards Framework (GSF) e NECPAL-BR que auxiliam na identificação antecipada da demanda de cuidados paliativos.

Muitos médicos consideram desconfortável a tarefa de fazer prognósticos e, por vezes, evitam discussões detalhadas sobre a expectativa de vida. Nesse sentido, as ferramentas prognósticas podem desempenhar um papel importante na facilitação dessas conversas difíceis. Elas proporcionam uma estrutura objetiva para discutir o prognóstico do paciente, ajudando a aliviar a ansiedade do médico em torno dessa questão delicada. Além do uso em decisões clínicas, as ferramentas prognósticas também podem ter aplicação na definição de critérios de entrada em estudos clínicos e na descrição do mix de casos em serviços clínicos, contribuindo para uma melhor seleção de tratamentos e recursos.

Portanto, embora as ferramentas prognósticas não tenham se mostrado inquestionavelmente superiores às avaliações clínicas de sobrevivência, seu uso sistemático pode ser benéfico para garantir uma abordagem mais objetiva, reproduzível e educativa na discussão de prognósticos com pacientes e na tomada de decisões clínicas. Contudo, é essencial que futuras pesquisas se concentrem na avaliação do impacto relativo dessas ferramentas em cuidados clínicos e na tomada de decisões, bem como na identificação de outros atributos que possam recomendar seu uso, como facilidade de compreensão, confiabilidade e objetividade (DHOLLANDER *et al.*, 2020).

CONSEQUÊNCIAS DO ACESSO INADEQUADO AOS CUIDADOS PALIATIVOS

Desde os anos 1980, a palição na oncologia tem sido reconhecida como serviço necessário e essencial ao longo da doença (BRASIL, 2021). Contudo, pesquisadores italianos acreditam que a população com necessidade de cuidados paliativos está subestimada em cerca de 22% porque o cálculo geralmente é realizado com base nas declarações de óbito por câncer, sem considerar a multimorbidade dos pacientes oncológicos que podem desenvolver outras doenças crônicas limitadoras de vida e causa primária da morte (FORTUNA *et al.*, 2022).

Em pesquisa multicêntrica realizada em pacientes com câncer avançado na Europa, verificou-se que a média geral da qualidade de vida diminuiu nos últimos 9 meses de vida, com a maior diminuição nos últimos 3 meses (VERSLUIS *et al.*, 2023). Os sintomas mais comuns que pioraram significativamente no último ano de vida são fadiga, dor, perda de apetite, dispneia, constipação e náusea.

A Comissão da Revista Lancet Oncology apresentou em 2018 benefícios da integração precoce de cuidados paliativos em oncologia principalmente pelo aumento do apoio psicossocial quando comparado com o acesso à palição sob demanda. Porém advoga que essas consultas regulares com equipe paliativista são mais acessíveis no ambiente hospitalar do que a nível ambulatorial (DHOLLANDER *et al.*, 2020).

Sobre o perfil dos serviços de Cuidados Paliativos em Pediatria Oncológica (CPP) no Brasil, eles estão predominantemente localizados na região Sudeste, em hospitais públicos de nível terciário com até 100 leitos e foram implantados após 2010. Quase todas as equipes contam com médicos em seu quadro, além de enfermeiro e psicólogo. A maioria dos profissionais dedica meio período ao PPC, sendo que metade deles totaliza menos de 10 horas semanais. No entanto, o acesso à prescrição de opióides quando indicado deve ser melhorado, assim como a prevenção quinquenal que inclui o atendimento ao profissional de saúde (CLARK *et al.*, 2020; FERREIRA *et al.*, 2023).

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EM ONCOLOGIA

Os Cuidados Paliativos em Pediatria Oncológica (CPP) envolvem uma série de questões bioéticas complexas. A implementação desses cuidados pode ser desafiadora por perpassar estigmas, como a autonomia e a perspectiva de finitude da vida de uma pessoa com tão pouca idade por uma doença que ameaça a vida.

O câncer é a primeira causa de morte por doença em menores de idade e a abordagem CPP pode beneficiar o paciente e sua família ao longo da doença, bem como reduzir o sofrimento físico,

emocional e espiritual. Há quatro eixos temáticos relacionados aos CPP identificados por profissionais de saúde: formação e capacitação em cuidados paliativos, sentimentos vivenciados pelos profissionais, estratégias de coping diante da palição e dificuldades experienciadas na enfermagem de oncologia pediátrica (GUEDES *et al.*, 2019).

O coping é um processo de adaptação que envolve esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações estressantes. Em cuidados paliativos pediátricos, os profissionais de saúde podem utilizar diversas estratégias de coping para lidar com o estresse e o sofrimento decorrentes da palição. Um estudo identificou algumas estratégias de coping utilizadas por profissionais de saúde que atuam em oncologia pediátrica: apoio psicológico de outros profissionais e da instituição, capacitação institucional sobre a morte e o processo de morrer, troca de experiências entre profissionais, prática de esportes, religião e fé (“Role of Coping in Palliative Care for Patients with Advanced Cancer”, 2020).

Há uma carência na formação dos profissionais durante a graduação quanto aos PPC, apesar de terem entendimento sobre a palição, necessitam ampliar sua preparação técnica e emocional para trabalhar com os pacientes em cuidados paliativos. Para mitigar esse problema de profissionais capacitados, incluindo os não paliativistas, a Iniciativa Global contra o Câncer Infantil, liderada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), oferece uma série de módulos sobre cuidados paliativos pediátricos para mães, pais e cuidadores. Cada módulo contém informações essenciais para atender às necessidades da doença que afetam tanto o paciente quanto seus entes. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) é uma referência nacional em cuidados paliativos e soma-se na oferta de cursos, treinamentos e eventos para profissionais de saúde em todo o país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NO TRATAMENTO DO CÂNCER

Abordar as considerações éticas médicas no tratamento do oncológico é de suma importância devido à complexidade das decisões envolvidas, que impactam diretamente a vida e o bem-estar dos pacientes, os princípios da bioética ajudam na condução dos casos, mantendo o paciente como foco desde o diagnóstico do câncer.

O respeito à autonomia do paciente requer a comunicação completa e compreensível sobre a condição, opções de tratamento, riscos, benefícios e possíveis consequências. O Protocolo Spikes é uma ferramenta útil para planejar a comunicação de notícias difíceis. A tomada de decisão

compartilhada é uma abordagem colaborativa que envolve compartilhamento de informações e consideração das preferências e autonomia do paciente e é fundamental que os médicos respeitem as preferências dos pacientes e ajudem a guiá-los com informações precisas. Para mais, antes de comunicar uma má notícia é necessário compreender o entendimento e os desejos do paciente.

O cuidado centrado na pessoa facilita aplicar corretamente os princípios de beneficência e não maleficência visando buscar tratamentos que maximizem os benefícios e minimizem os danos, visando a melhoria da qualidade de vida do paciente com alívio do sofrimento evitável relacionado ao fim de vida. A justiça e o acesso equitativo garantem que todos os pacientes tenham igualdade de oportunidades no diagnóstico e tratamento, independentemente de sua origem étnica, econômica ou social. A confidencialidade das informações médicas é vital para proteger a privacidade e a dignidade dos pacientes.

A autonomia da criança é um dos principais desafios éticos enfrentados pelos paliativistas para respeitar a dignidade humana em um contexto de vulnerabilidade e integridade. Por isso, as perguntas das crianças e dos adolescentes devem ser respondidas sobre a sua condição e tratamento na medida da sua capacidade de compreender e de tomar decisões, focando no acolhimento sem recorrer a inverdades. Para maior efetividade, é importante atender o paciente desde o diagnóstico, acompanhar o processo de tratamento, dar alta quando estiver na fase de controle do tratamento oncológico, mas também é preciso acompanhar no luto. O vínculo maior com a equipe facilita o entendimento das decisões, a criança e os cuidadores sentem-se mais acolhidos, melhora o controle da dor e da terminalidade pela família.

Além disso, a religião e as crenças culturais da família podem afetar a tomada de decisão e a adesão ao tratamento. Ao mesmo tempo, a equipe de saúde deve respeitar as crenças e valores da família e assegurar que a criança receba o tratamento adequado de modo que não infrinja o princípio da não maleficência. Nas primeiras consultas busca-se identificar fatores de risco para a descontinuidade do tratamento, como o fanatismo, manter o diálogo com a família e, se necessário, acionar a comissão jurídica e a de ética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos na oncologia não visam apenas prolongar a vida de quem está lidando com uma doença estigmatizada, mas, acima de tudo, melhorar a qualidade de vida. Eles se concentram em aliviar o sofrimento, respeitar as crenças e preferências dos pacientes e proporcionar um cuidado

compassivo e holístico em face de um diagnóstico que transcende o âmbito médico. Por meio de uma compreensão mais profunda e sensível das necessidades dos pacientes oncológicos, pode-se ajudá-los a enfrentar sua jornada com mais esperança, dignidade e conforto.

Ao valorizar uma dimensão integral dos cuidados e considerar cada paciente como único e complexo, os profissionais de saúde podem melhorar a experiência de cuidados promovendo uma abordagem abrangente no contexto da assistência paliativa em oncologia. Essa perspectiva reforça a importância de uma discussão mais aprofundada no âmbito acadêmico sobre o tema, a fim de aprimorar a assistência e fornecer cuidados ainda mais eficazes e adaptados às necessidades específicas desse grupo social.

REFERÊNCIAS

BARATA, A. et al. What do patients think about palliative care? A national survey of hematopoietic stem cell transplant recipients, 2023; 7(10):2032-2041.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidados Paliativos: Vivências e Aplicações Práticas do Hospital do Câncer IV. 2021. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/cuidados_paliativos_vivencias_e_aplicacoes_praticas_do_hc_iv.pdf. Acessado em: 7 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidados Paliativos. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos>. Acessado em: 7 de novembro de 2023.

CLARK, D. et al. Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2020; 59(4): 794-807.e4..

D'ALESSANDRO, M. P. S. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. São Paulo, SP: Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês, 2023.

DIB, R. V. *et al.* Pacientes com Câncer e suas Representações Sociais sobre a Doença: Impactos e Enfrentamentos do Diagnóstico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2022; 68(3): e-061935

FERREIRA, E. A. L. et al. Exploring the Brazilian pediatric palliative care network: a quantitative analysis of a survey data. *Revista Paulista de Pediatria*, 2023; 41: e2022020.

FORTUNA, D. et al. How Many Cancer Patients Need Palliative Care? A Population-Based Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2022; 63(4): 468–475.

GUEDES, A. K. C. et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: perspectivas de profissionais de saúde. *Revista da SBPH*, 2019; 22(2): 128–148.

GUILHEM, A. A. B. D. Quality of life assessment of patients undergoing palliative chemotherapy. *International Journal of Palliative Nursing*, 2023.

DHOLLANDER, n. et al. Integration of oncology and palliative care: summary of the Lancet Oncology Commission paper, 2020; 14(2): 47-55.

REQUEIJO, C. et al. Anticancer Drugs Compared to No Anticancer Drugs in Patients with Advanced Hepatobiliary Cancer: A Mapping Review and Evidence Gap Map. *Clinical Epidemiology*, 2023; 15: 1069–1085.

SANTOS, M. DE O. et al. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2023; 69(1): e-213700.

VERSLUIS, M. A. J. et al. Trajectories of health-related quality of life and symptom burden in patients with advanced cancer towards the end of life: Longitudinal results from the eQuiPe study. *Cancer*, 2023; v. n/a, n. n/a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Módulos em Cuidados Paliativos Pediátricos. 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/modulos-em-cuidados-paliativos-pediatricos>>. Acessado em: 17 de novembro de 2023.

Capítulo 18



10.37423/240408950

CIRURGIA

Felippe Hauck Mansur

Ana Clara da Silva Lima

Rhilary Gravatá Louback Teixeira

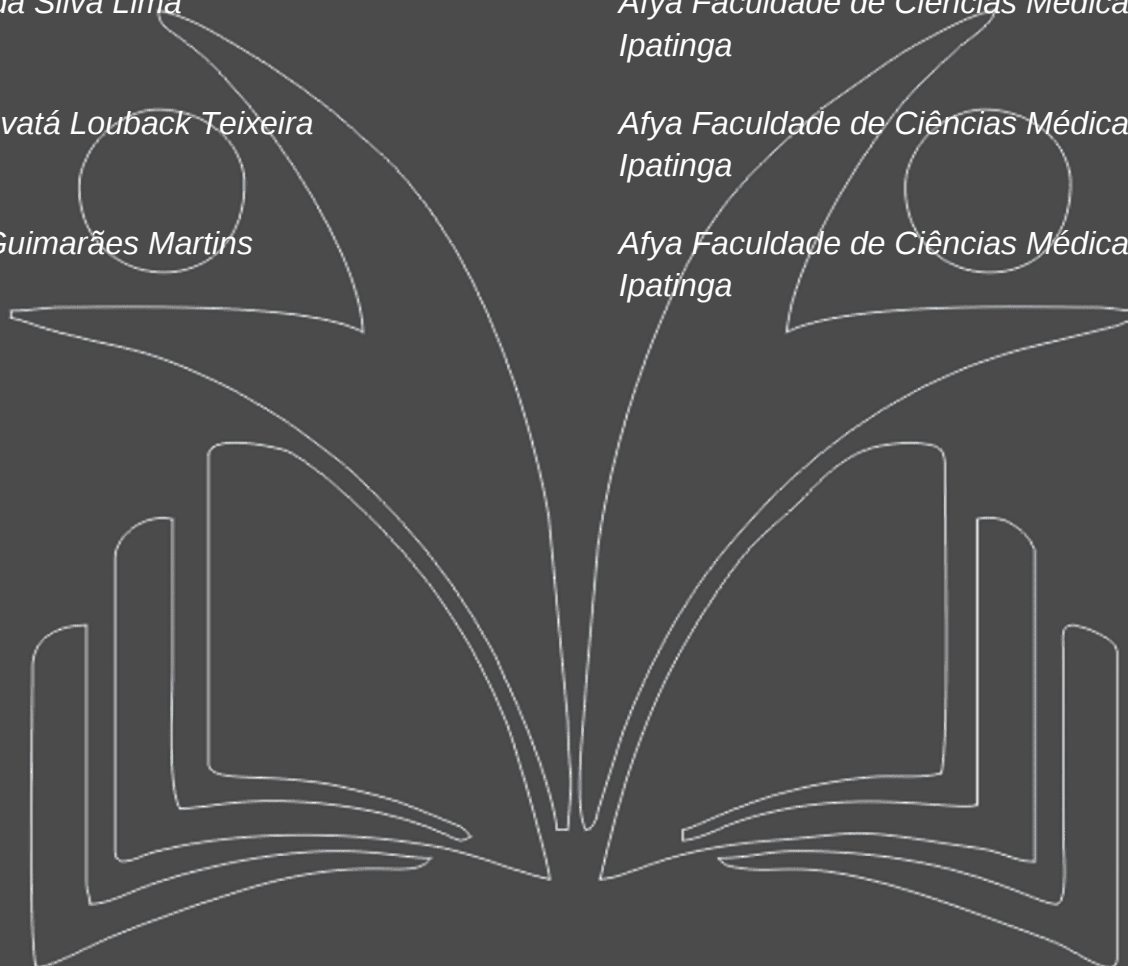
Thaynara Guimarães Martins

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

Os cuidados paliativos têm recebido atenção crescente nos últimos anos. Do ponto de vista do cirurgião, a terapia é considerada paliativa quando a ressecção de todos os locais conhecidos do tumor não é mais possível ou aconselhável. Como a cura, como comumente definida, não é possível, o objetivo do tratamento e, eventualmente, o sucesso da terapia passam a ser julgados pelo controle dos sintomas e pelo alívio do sofrimento. No modelo curativo tradicional o prolongamento da vida é o principal objetivo entretanto na incorporação dos princípios paliativos no âmbito cirúrgico o objetivo é um cuidado integral visando uma boa assistência a essa fase terminal da vida. Esse processo ainda é vista por insatisfação pela cirurgia tradicional em que associa o ato cirúrgico a uma excisão completa da doença maligna, porém, os cirurgiões que entendem o processo paliativo considerarão esse esforço gratificante.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são uma abordagem centrada na pessoa que fornece apoio essencial aos pacientes com ênfase no controle dos sintomas e no apoio psicológico e social, uma abordagem multidisciplinar em que o paciente é o protagonista. As opções de tratamento são numerosas e incluem uma variedade de intervenções cirúrgicas e não cirúrgicas. A ressecção cirúrgica pode proporcionar um bom paliativo dos sintomas e prevenir futuras complicações relacionadas ao tumor. A cirurgia paliativa tem a função de tratar as complicações de doenças em estágios avançados, utilizada para amenizar sintomas que causam angústia e piora do quadro, como também para tratar dores difíceis de serem controladas com outros métodos e medicamentos. Tal fator aumenta a possibilidade de cura, com tempo para avaliar a melhor conduta e definir, entre os tipos de cirurgia para o tratamento do câncer, se esse for o caso, com maior chance de sucesso, ou amenizar o sofrimento e trazer maior conforto ao paciente. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2020)

ASPECTOS HISTÓRICOS

As primeiras alusões sobre a cirurgia do câncer datam de 1600 a.c e são encontradas nos manuscritos de Edwin Smith. A era moderna da cirurgia abdominal começou nos Estados Unidos quando Ephraim McDowell ressecou um tumor de ovário em 1809. Os primeiros anos da cirurgia oncológica foram marcados por uma série de obstáculos, tais como: grande número de casos avançados, instrumentos inadequados, inexistência de antibióticos, dificuldade de avaliação sistêmica da doença, inexistência de anestesia endotraqueal, incapacidade para transfusões sanguíneas e dificuldade no controle pós-operatório dos procedimentos maiores. Três importantes fatores marcaram o desenvolvimento da cirurgia oncológica: a introdução da anestesia geral por William Morton e Crawford Long em 1846, a prática da antisepsia iniciada por Joseph Lister em 1867 e finalmente, o desenvolvimento de um programa formal de treinamento iniciado por William S. (EBERLEIN TJ e WILSON RC, 1991)

Halsted, na Universidade John Hopkins em 1894, tendo sido um grande estímulo para o desenvolvimento da cirurgia, o método cirúrgico preconizado por Halsted e seus residentes (ressecção com linfadenectomia) causou um grande impacto na cirurgia americana e se disseminou de tal forma que constituiu uma verdadeira escola de cirurgia. Com o advento da anestesia e antisepsia houve um grande desenvolvimento de procedimentos cirúrgicos agressivos para o tratamento do câncer. (HALSTED WS, 1894)

Os pioneiros da cirurgia oncológica tinham em comum: técnica cirúrgica meticulosa, princípio da ressecção em bloco, estabelecimento de margens de ressecção adequada. Nos dias de hoje, com o melhor conhecimento dos aspectos biológicos das neoplasias malignas e ênfase ao tratamento multidisciplinar, a cirurgia oncológica está se modificando, não em seus princípios básicos, mas em sua extensão, possibilitando com isso uma melhor qualidade de vida sem perda da radicalidade. (ROSEMBERG SA, 1985)

EPIDEMIOLOGIA

O número de diagnósticos de câncer, em seus mais de 200 tipos, tem crescido ano a ano em todo o mundo. Isso se deve especialmente devido as novas tecnologias, maior cuidado com a saúde, maior acesso à informação e ao diagnóstico mais precoce. Recentemente, a International Association for Hospice and Palliative Care desenvolveu um consenso com mais de 450 paliativistas em todo o mundo. No Brasil, de acordo com um levantamento do Observatório de Oncologia, são realizadas quase 10 mil cirurgias oncológicas todos os anos, em conjunto.

CIRURGIÃO ONCOLÓGICO

Os cuidados paliativos promovem a melhoria na qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor. O cirurgião oncológico faz parte da equipe multidisciplinar diante de um paciente em cuidados paliativos, ele e sua equipe definem qual o procedimento mais adequado, de acordo com o tipo da doença, seu estágio e condições do paciente.

Essa conduta pode variar de acordo com as condições de saúde e o estilo de vida do paciente. Sobretudo, varia em relação ao estágio, o local e a extensão do tumor. Por essa razão, é importante manter o cuidado com uma equipe multidisciplinar que tenha responsabilidade diante dos cuidados paliativos e respeito por um momento vulnerável na vida do paciente. É essencial evitar os fatores de risco para a o aumento da insegurança e desconforto, e consultar o médico regularmente para exames de avaliação e discussão das melhores condutas de forma individualizada para o paciente e a rede de apoio do mesmo.

A avaliação de risco/benefício de um cirurgião é baseada em um conhecimento fundamental robusto dos resultados e indicações cirúrgicas. Isto é importante porque as alternativas paliativas à cirurgia são muitas vezes mal vistas pelos pacientes, e eles raramente se lembram dos riscos das intervenções

após discussão. Os pacientes muitas vezes sentem que a cirurgia é a sua melhor opção e podem ser tendenciosos na sua tomada de decisão pelo impacto físico dos seus sintomas atuais que superam os riscos futuros. Isto torna imperativo que a equipe paliativa inclua um cirurgião em sua discussão para que quaisquer opções apresentadas ao paciente sejam consideradas, individualizadas e viáveis.

Há uma variedade de procedimentos paliativos potenciais disponíveis para os pacientes, e o cirurgião compreenderá quais opções melhor se adequam a um determinado paciente. Embora não possam prever completamente os resultados de um procedimento, os cirurgiões têm uma compreensão intuitiva das chances de um bom resultado cirúrgico do paciente, e este conhecimento ajudará o cirurgião a orientar uma discussão matizada sobre quais procedimentos paliativos são mais concordantes com os objetivos do paciente e da família. (FRANCIOSI et al, 2019)

TIPOS CIRÚRGICOS

Existem vários tipos de cirurgias oncológicas. Entre elas temos a curativa, a biópsia, a de suporte, a preventiva, a de reconstrução e a paliativa propriamente. As neoplasias malignas podem originar-se praticamente em todos os órgãos e/ou estruturas, desta forma, os tipos cirurgia oncológica são bastante variáveis, mas resumidamente podemos agrupá-las como segue:

- A. Diagnóstica/biópsia: Incisional, excisional, agulha: aspirativa ou não e via endoscópica.
- B. Estadiamento: Mediastinoscopia, Laparoscopia, Laparotomia
- C. Intenção curativa: Excisão local com margem, ressecção local ampliada, ressecção + linfadenectomia Monobloco (continuidade), Dabloco (distância), Ressecções múltipla Amputações e desarticulações, Ressecções em bloco + endoprótese
- D. Intenção paliativa: Ablação endócrina, Citorredutora, Higiênica, Evitar hemorragia, evitar quadros obstrutivos e aliviar a dor
- E. Cirurgia Preventiva (Profilaxia): Orquipexia (criptorquidia), Colectomia (polipose familiar, colite ulcerativa)
- F. Outras: Ressecções de metástases, Cirurgia reconstrutora, Implante de sistemas para administração de drogas, Cirurgia a laser e Criocirurgia.

Considera-se como biópsia, o ato cirúrgico de obtenção de uma parte de tecido de um organismo vivo, com o intuito de obter uma amostra representativa de modo a fazer um estudo histopatológico e posterior diagnóstico. Para além de tornar possível realizar um estudo histológico completo,

incluindo a descrição das características histopatológicas e a extensão da lesão, a biópsia é um instrumento fundamental para o diagnóstico de uma doença e para a orientação da melhor estratégia no tratamento do paciente. Em termos de admissibilidade legal, as descobertas que se podem retirar do resultado de uma biópsia têm um valor quase irrefutável. (MOTA AR, 2007; AVON SL, 2012)

No caso da biópsia não ser bem executada, pode pôr em causa a determinação ou confirmação de um diagnóstico. Assim, devido à grande variabilidade de tipos de tecido e de lesões, deve-se ter um conhecimento adequado das diferentes técnicas de biópsia para conseguir seleccionar a melhor, consoante o caso, de modo a potenciar o valor do estudo histopatológico que sucede a biópsia e minimizar o risco de se diagnosticar erradamente uma lesão. (PIPPI R, 2006)

A cirurgia curativa tem a função de remover todo o tecido maligno e que se destina a curar a doença. Isso inclui a remoção de parte ou de todo o órgão ou tecido canceroso e uma quantidade de tecido saudável ao seu redor, como margem de segurança. Os linfonodos próximos também podem ser removidos, a chamada linfadenectomia. A cirurgia curativa atua melhor para o câncer localizado, ou seja, que não se espalhou para o corpo (metástases). A quimioterapia ou a radioterapia podem ser administradas antes da cirurgia para diminuir o tumor ou após a cirurgia para eliminar as células malignas remanescentes.

Por sua vez, a cirurgia oncológica paliativa é realizada quando não é possível remover toda a a lesão cancerosa, mas que diminui-la traz benefícios ao paciente. Ela é um recurso para aliviar os sintomas da doença, reduzir a dor e o desconforto. Esse tipo de cirurgia oncológica tem como principal objetivo oferecer melhor qualidade de vida aos pacientes, mas não trata ou cura o tumor.

Esse tipo de cirurgia oncológica é realizado para recuperar — funcional ou esteticamente — alguma parte do corpo que teve sua estrutura alterada na cirurgia curativa, para a remoção do tumor. A ressecção cirúrgica do tumor como tratamento paliativo deve ser analisada quanto a relação risco-benefício, visto que o benefício desse tipo de terapêutica é a qualidade e quantidade de sobrevivência destes pacientes oncológicos. A análise de indicação desse tipo de tratamento deve ser individualizada, baseando-se no grau de comprometimento provocado pela doença, ou seja, pelo estadiamento. Os melhores cuidados paliativos muitas vezes exigirão uma abordagem multidisciplinar que envolve contribuições de equipes cirúrgicas e não cirúrgicas, onde os planos de tratamento serão feitos de acordo com os desejos do paciente e da família, com o objetivo de diminuir a morbidade e com foco na qualidade de vida. Os stents metálicos também são capazes de proporcionar um bom

alívio paliativo da obstrução e devem ser usados quando apropriado a cirurgia paliativa tem um importante papel no compilado de fatores que influenciam nestes cuidados. (SBCO, 2023)

Um exemplo de cirurgia paliativa utilizada no Brasil é o do câncer colorretal. O prognóstico para pacientes com diagnóstico de CCR em estágios avançados é sombrio tendo uma sobrevida de 6 a 9 meses a partir do diagnóstico. Durante essa fase os pacientes estão expostos a inúmeras complicações, como obstrução, sangramento, perfuração, dor e fadiga, e cabe a intervenção paliativa buscar ações que aliviam esses sintomas seja qual for. No âmbito cirúrgico o cirurgião na palição do CCR pode incluir ressecção cirúrgica local, segmentar ou extensa, derivação fecal e procedimentos endoscópicos.

A cirurgia reconstrutiva pode ser associada à curativa, com a recuperação do órgão no mesmo procedimento, ou feita posteriormente, com o objetivo de restaurar uma parte do corpo a sua aparência original ou funcionalidade. O exemplo mais conhecido deste tipo de operação é a reconstrução mamária, em casos de mastectomia, para o tratamento do câncer de mama. A reconstrução mamária é uma cirurgia plástica realizada devido a trauma no tórax ou remoção parcial por causa do câncer de mama. Esse tipo de cirurgia reconstrutiva normalmente deixa uma cicatriz, mas o cirurgião costuma tentar fazer a incisão em local discreto. Uma mama reconstruída pode não parecer ou parecer exatamente igual a uma mama natural, mas geralmente estão próximas, desta maneira é possível ter um resultado satisfatório e aumento da autoestima da paciente. (SBCO, 2023)

Ainda pouco difundida no Brasil, a cirurgia profilática tem se tornado uma decisão tomada em conjunto entre paciente, cirurgião oncológico e sua equipe médica para eliminar o risco de desenvolver o câncer em determinados órgãos. É realizada para remover um tecido com alta probabilidade de se tornar câncer, mesmo que no momento da decisão não tenha sinais da doença, é uma prevenção, discutida e avaliada pelo médico e paciente. Às vezes um órgão inteiro é removido quando o paciente tem uma condição que o torna propício a desenvolver a doença. Nestes casos, é realizada uma cirurgia preventiva para reduzir esse risco e prevenir a possibilidade do aparecimento do tumor, mas isso não garante que ao longo da vida não se manifeste a doença. Ela é indicada em casos em que existe alta probabilidade de surgimento da doença, como mulheres com histórico familiar de câncer de mama, que apresentam uma determinada alteração em genes específicos, associados à doença, no gene BRCA1 ou BRCA2, podem considerar mastectomia profilática. (SBCO, 2023).

RISCOS E BENÉFICOS DA CIRURGIA PALIATIVA

Todo processo cirúrgico tem seus riscos, principalmente nos cuidados paliativos em que o seu sucesso é diretamente proporcional a necessidade de hospitalização e complicações operatórias. Os dados do Programa Nacional de Melhoria da Qualidade Cirúrgica do American College of Surgeons mostraram que qualquer operação em um paciente com malignidade disseminada apresenta taxas altas de morbidade e mortalidade principalmente quando comparada para o paciente cirúrgico médio, indicando que esses pacientes são particularmente frágeis. (LILLEYJ,et al., 2019)

Em estudo retrospectivo relata que a taxa de mortalidade em geral na colocação de tubo de gastrostomia endoscópica percutânea é de 0,2% entretanto quando comparada a colocação em pacientes com malignidade esse índice foi para 20%. Dessa forma, podemos relatar que mesmo em operações de baixo risco quando realizadas em pacientes paliativos a morbidade aumentam de forma significativa. Embora prolongar a sobrevivência não seja o objetivo principal da cirurgia paliativa, este risco significativo de mortalidade pós-operatória precoce é relevante quando se discutem as preferências de tratamento de um paciente individual. (LOUIE D,et al., 2022)

As operações paliativas podem cursar com inúmeras complicações, porém, a experiência da equipe cirúrgica e do cirurgião podem ser fatores que influenciam no número de ocorrências desses procedimentos. Embora o cirurgião nem sempre seja capaz de prever e prevenir complicações, a sua familiaridade com o procedimento específico permite-lhe antecipar a natureza e até mesmo a frequência potencial das complicações.

Entretanto, mesmo com as desvantagens a cirurgia paliativa é uma opção que pode melhorar os sintomas e a qualidade de vida dos pacientes e deve ser considerada para certos pacientes em discussão com o cirurgião paliativo. Estudos anteriores descreveram os riscos consideráveis de complicações pós-operatórias e mortalidade após cirurgia paliativa, mas há estudos que mediram o impacto da cirurgia paliativa na restauração da função e da qualidade. Em um estudo com 1.022 pacientes submetidos a procedimentos paliativos, os pacientes tiveram uma sobrevida média de 194 dias, e um quarto dos pacientes sobreviveu mais de 350 dias após a operação. Isto mostra que muitos pacientes sobrevivem o tempo suficiente para ver benefícios substanciais da cirurgia paliativa. (LILLEY J,et al., 2019)

Para alguns pacientes, abordar cirurgicamente os sintomas que limitam a vida pode permitir uma tomada de decisão mais concordante com os objetivos e, portanto, melhorar o bem-estar físico,

emocional e social dos pacientes e a qualidade de vida. Embora muitas vezes se presuma que a cirurgia tem um custo para a qualidade de vida, pelo menos durante a recuperação imediata, um estudo de pacientes de cirurgia paliativa não mostrou nenhuma diminuição na qualidade de vida no pós-operatório, mesmo naqueles que não experimentaram benefícios tangíveis. (LOUIE D, et al.,2022)

Dessa forma, a melhor opinião para o quanto valeu a pena a realização da cirurgia são os próprios pacientes, em dois estudos que abortam diversos procedimentos cirúrgicos paliativos relatam que 90% dos pacientes consideram que as operações valeram a pena. Portanto, o risco significativo de complicações que é uma desvantagem potencial da cirurgia pode ser menos relevante em pacientes paliativos, uma vez que não parece diminuir a sua qualidade de vida. (JAFRI M, et al.,2022)

CONCLUSÃO

Brierley R e Collingrige D (2015); sustentam que, apesar dos avanços ocorridos no meio da radioterapia e da quimioterapia, a cirurgia permanece a ser a suporte dos cuidados com câncer, preenchendo muitos papéis na prevenção, diagnóstico, tratamento curativo, medidas de suporte ao tratamento, tratamento paliativo e reconstruções. Assim sendo, os autores consideram a cirurgia a especialidade vital para a redução da mortalidade prematura por câncer. Desse modo, os cuidados paliativos e a cirurgia passaram a andar lado a lado para proporcionar uma melhor recuperação e qualidade de vida para os doentes que se encontram nesse estágio, podendo gerar um alívio tanto para eles quanto para os familiares envolvidos no processo.

REFERÊNCIAS

- AVON, S. L.; KLIIEB, H. Oral Soft-Tissue Biopsy: An Overview. *Journal (Canadian Dental Association)*, p. 75-78, 2012. PMID: 22889502. Acesso em 21 out 2023
- BRIERLEY, R.; COLLINGRIDGE, D. Cancer surgery: a vital speciality to prevent premature death. *Lancet Oncol*, v. 16, n. 11, p. 1187, 2015. [http://doi:10.1016/S1470-2045\(15\)00306-X](http://doi:10.1016/S1470-2045(15)00306-X). Acesso em 21 out 2023
- DIXON, Matthew R.; STAMOS, Michael J.. Strategies for Palliative Care in Advanced Colorectal Cancer. *Digestive Surgery*, [S.L.], v. 21, n. 5-6, p. 344-351, 2004. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000081351>. Acesso em: 22 out 2023
- EBERLEIN, T. J.; WILSON, R. C. Principles of surgical oncology. In: Holleb AI. *Holland-frei cancer medicine*, v. 6, 2003.FINK, D. J.; MURPHY, G. P. *Textbook of clinical oncology*. Atlanta, American, Cancer Society, p. 25-34, 1991.HALSTED, W. S. The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at John Hopkins Hospital from June, 1889 to January, 1894. *Ann Surg*, v. 20, n. 5 p. 497-555, 1894.
- AFRI, Sara M.; VITOUS, C. Ann; SUWANABOL, Pasithorn A.. Palliative care education in surgery. *Annals Of Palliative Medicine*, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 871-884, fev. 2022. AME Publishing Company. <http://dx.doi.org/10.21037/apm-20-2046>. Acesso em: 22 out 2023
- LILLEY, Elizabeth J.; COOPER, Zara; SCHWARZE, Margaret L.; MOSENTHAL, Anne C.. Palliative Care in Surgery. *Annals Of Surgery*, [S.L.], v. 267, n. 1, p. 66-72, jan. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/sla.0000000000002253>. Acesso em: 22 out 2023.
- LOUIE, Anna D.; MINER, Thomas J.. Palliative surgery and the surgeon's role in the palliative care team: a review. *Annals Of Palliative Medicine*, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 907-917, fev. 2022. AME Publishing Company. <http://dx.doi.org/10.21037/apm-20-2381>. Acesso em: 22 out 2023.
- MOTA, A. R; SILVESTRE, F. J.; SIMÓ, J. M. Oral biopsy in dental practice. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, v. 12, n. 7, p. 504-10, 2007. PMID: 17978774. Acesso em 21out 2023
- PIPPI, R. Technical notes about soft tissues biopsies of the oral cavity. *Minerva stomatologica*, v. 55, n. 10, p. 551-66, 2006. PMID: 17268391. Acesso em 21 out 2023
- ROSEMBERG, S. A. Principles of surgical oncology. In: De Vitta Jr. VC; Hellman S; Rosemberg SA - Principles & practice of oncology. Philadelphia, J. B. Lippincott, 2.ed, p. 215-25, 1985.
- WARING, Nicholas A.; YANG, Eunice S.; BERLIN, Ana; SHIM, Joon K.. Palliative care in a rural surgery residency program: an educational needs assessment. *Annals Of Palliative Medicine*, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 686-696, jul. 2023. AME Publishing Company. <http://dx.doi.org/10.21037/apm-22-1369>. Acesso em: 22 out 2023.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Programa Saber Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br>. Acesso 22 out 2023
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncologica. Rio de Janeiro. 2023
- Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et al.]. – São Paulo: Hospital SírioLibanês; Ministério da Saúde; 2020.
- FRANCIOSI, V., MAGLIETTA, G., ESPOSTI, C., CARUSO, G., CAVANNA, L., BERTè, R., BACCHINI, G., BOCCHI, L., PIVA, E., MONFREDO, M., SCAFURI, V., CESARE, P., MELOTTI, B., SEQUINO, M., RIMANTI,

A., BINOVI, C., GHISONI, F., CAMINITI, C. Cuidados paliativos precoces e qualidade de vida do câncer avançado pacientes - um ensaio clínico multicêntrico randomizado. *Annals of Palliative Medicine, North America*, 8, mar. 2019. Disponível em: < <https://apm.amegroups.com/article/view/24555>

Capítulo 19



10.37423/240408951

CIRURGIA ONCOLÓGICA

Laís Correa Renhe Marcondes

Bárbara Martins Mello de Oliveira

Jéssica França Caetano Batista

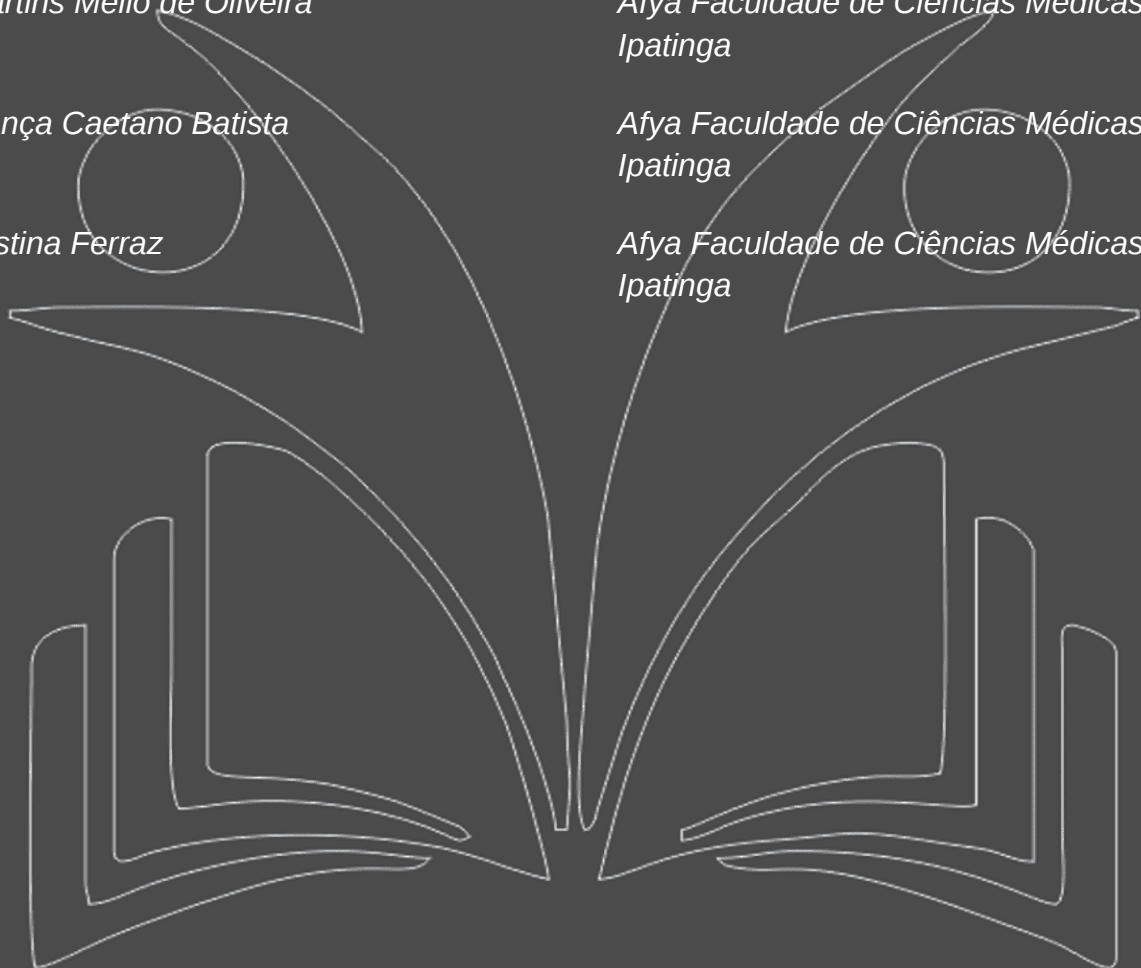
Victória Cristina Ferraz

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

A cirurgia oncológica é um dos pilares para o tratamento do câncer que, por sua vez, apresenta eficácia considerável para diversos tipos de neoplasias. Dessa forma, essa terapêutica pode ser utilizada de diversas formas como, para o diagnóstico, para o estadiamento e para tratamento de doenças malignas. É possível afirmar que esse método terapêutico tem como objetivo aumentar a sobrevida do paciente oncológico, mas também pode ser utilizado em conjunto com os cuidados paliativos no caso de indivíduos que vivem a terminalidade da doença.

INTRODUÇÃO

O crescimento da incidência e da mortalidade por câncer no mundo, são preocupantes. Devido a maior expectativa de vida, a tendência de que o câncer se torne, nas próximas décadas, a principal causa de morte em todas as regiões do mundo, independente das condições socioeconômicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que medidas eficientes de prevenção poderiam reduzir em até 40% a incidência de novos casos de câncer. Essas observações ressaltam a importância crucial de ações preventivas e programas de saúde pública voltados para a conscientização, detecção precoce e mudanças no estilo de vida, promovendo a redução do risco de desenvolvimento do câncer. A implementação de tais medidas não pode apenas contribuir para reduzir a incidência da doença, mas também para minimizar a carga global que o câncer impõe tanto aos sistemas de saúde quanto à vida dos indivíduos dos pacientes e de suas famílias.

Alguns autores afirmam que apesar dos avanços ocorridos no campo da radioterapia e da quimioterapia, a cirurgia continua a ser a pedra de sustentação dos cuidados com câncer, preenchendo muitos papéis na prevenção, diagnóstico, tratamento curativo, medidas de suporte, tratamento paliativo e reconstruções. A maioria dos pacientes não possui acesso à cirurgia oncológica. Os déficits na formação e treinamento de mais cirurgiões e o enfraquecimento dos sistemas de saúde podem resultar em falha no atendimento precoce, na abordagem cirúrgica.

Os cirurgiões são treinados primariamente para realizar intervenções cirúrgicas com foco na cura ou no tratamento de condições específicas, visando remover tumores, restaurar a saúde e, em muitos casos, prolongar a vida dos pacientes. A formação cirúrgica geralmente se concentra nos aspectos técnicos, habilidades de procedimento e cuidados pré e pós-operatórios. Os cuidados paliativos, por outro lado, são uma disciplina que se concentra na qualidade de vida e no alívio dos sintomas em pacientes enfrentando doenças graves, como o câncer, independentemente da possibilidade de cura. Envolve abordagens médicas, psicológicas e de apoio destinadas a melhorar o conforto do paciente e a qualidade de vida, mesmo quando a doença não tem cura. Os cuidados paliativos requerem uma compreensão profunda das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes e exigem habilidades específicas para a comunicação, gerenciamento da dor e apoio emocional. Embora os cirurgiões sejam altamente treinados em intervenções cirúrgicas, nem sempre recebem uma formação extensiva em cuidados paliativos durante sua educação médica.

Em resumo, a falta de treinamento extensivo dos cirurgiões em cuidados paliativos geralmente decorre da ênfase tradicional na formação cirúrgica para a cura, mas a conscientização sobre a

importância dos cuidados paliativos está evoluindo, levando a uma crescente integração dessas práticas em diversas áreas da medicina, incluindo a cirurgia. A palição cirúrgica não deve ser considerada como uma etapa única, mas como uma etapa estrutural. Muitas vezes a palição pode ser abordagem precoce no tratamento, sendo indicado muitas vezes procedimentos minimamente invasivos, em tumores irresssecáveis, por exemplo. A palição cirúrgica é subdividida em alguns estágios, ao longo do curso da doença, tratando e dando conforto ao indivíduo.

SUBTIPOS CIRÚRGICOS EM ONCOLOGIA

Dentro do âmbito da oncologia, a diversidade de procedimentos cirúrgicos desempenha papéis multifacetados no diagnóstico, tratamento e manejo de pacientes com câncer. A cirurgia desempenha um papel crucial em várias fases da jornada do paciente oncológico, desde a identificação e diagnóstico do câncer até o tratamento, a gestão dos sintomas e, em alguns casos, a reconstrução e intervenções preventivas. Por isso, cabe aos profissionais reconhecer a necessidade de indicação, além dos benefícios e malefícios de seu uso diante de cada realidade.

Um dos propósitos iniciais é a realização de cirurgias diagnósticas, onde amostras de tecido são retiradas para análise, visando determinar a presença e estimar o tipo de câncer. Além disso, a cirurgia é frequentemente empregada no estadiamento da doença, avaliando a extensão e a possível disseminação do tumor, auxiliando na definição do tratamento e prognóstico do paciente.

Pode, também, ser direcionada para a cura, quando o objetivo é remover completamente o tumor, especialmente quando está localizado em uma área específica do corpo e não há sinais de metástase evidentes em outros exames e avaliações. Em outros cenários, a remoção parcial do tumor é realizada para preservar órgãos ou tecidos críticos, sendo complementada por tratamentos adicionais como quimioterapia ou radioterapia.

Há um papel importante no que se diz respeito aos alívios dos sintomas e complicações decorrentes do avanço do câncer, conhecida como cirurgia paliativa. Esse tipo de intervenção busca melhorar a qualidade de vida, minimizando o desconforto associado à doença avançada. Há também cirurgias de suporte, como a inserção de cateteres para tratamentos como a quimioterapia, e cirurgias reconstrutivas, que visam restaurar a função e a estética após procedimentos extensivos.

Por fim, a cirurgia profilática, realizada para reduzir o risco de desenvolver câncer, pode envolver a remoção de tecidos ou órgãos com alto potencial de tornar-se cancerígenos, mesmo na ausência de sinais da doença no momento da cirurgia. Este tipo de intervenção é frequentemente considerado por

pacientes com predisposição genética a certos tipos de câncer, como é o caso da mastectomia profilática em mulheres com mutações genéticas específicas.

IMPORTÂNCIA E INDICAÇÕES DAS CIRURGIAS ONCOLÓGICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

A cirurgia é fundamental para a cura da maioria dos cânceres sólidos e uma parte integrante do moderno tratamento multimodal do câncer para cânceres em estágio inicial e avançado. As decisões tomadas pelos cirurgiões e membros da equipe multidisciplinar baseiam-se no melhor conhecimento disponível para a situação clínica definida em questão.

Embora a oncologia cirúrgica seja apenas uma faceta do tratamento multidisciplinar do câncer, a cirurgia pode resultar em enormes demandas físicas, emocionais e financeiras para os pacientes. A consideração de como melhor recomendar, fornecer e promover cuidados baseados em procedimentos cirúrgicos ainda é um desafio.

Decisões de tratamento em casos de doenças incuráveis podem ser difíceis tanto para os pacientes quanto para os médicos que os abordam. Princípios básicos dos cuidados paliativos estabelecem que uma discussão franca deve ocorrer sobre os riscos e benefícios de qualquer tratamento, levando em consideração os desejos de cada paciente. Talvez em nenhum aspecto dos cuidados paliativos isso seja mais evidente do que para pacientes com indicação para cirurgias paliativas importantes, onde os riscos frequentemente são maiores do que aqueles enfrentados pela quimioterapia ou radioterapia.

Os médicos podem ter dificuldade em manter a esperança ao mesmo tempo em que redirecionam efetivamente os objetivos do tratamento, passando da cura para o alívio dos sintomas ou a melhoria da qualidade de vida. Uma comunicação mais eficaz pode resultar em maior satisfação do paciente, mas como isso deve ocorrer e o que os pacientes desejam como parte da discussão são fontes de considerável debate e deve ser individualizada.

CIRURGIA ONCOLÓGICA E CUIDADOS PALIATIVOS: PRINCÍPIOS BÁSICOS

A palavra “paliativo” é derivada da palavra latina “pallium”, referindo-se ao manto de lã usado como vestimenta eclesiástica na Igreja Católica Romana e por muitos séculos concedido pelo papa como um símbolo da jurisdição que ele delegou a eles. Da mesma forma, o verbo latino “palliare” significa “encobrir”, mesmo que essa cobertura não se destine a esconder algo, mas a proteger e proporcionar conforto de um agente ofensivo. Esse é mais o significado pretendido hoje, onde os cuidados paliativos

se referem à especialidade de fornecer às pessoas alívio - conforto - dos sintomas e estresse de uma doença grave.

Os cuidados paliativos devem ser implementados desde o momento do diagnóstico de uma doença potencialmente terminal, visando atender o paciente em diferentes estágios da sua evolução. Portanto, é essencial garantir que o paciente tenha acesso a todos os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis. O tratamento oferecido nos cuidados paliativos requer a colaboração de uma equipe multidisciplinar, a qual busca auxiliar o paciente na adaptação às transformações causadas pela doença e criar as condições necessárias para enfrentar essa nova fase de vida, tanto para o doente quanto para os familiares.

A cirurgia oncológica e os cuidados paliativos desempenham papéis distintos, mas inter-relacionados no tratamento do câncer. Por outro lado, os cuidados paliativos se concentram na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com câncer, com ênfase na redução de sintomas, no alívio do desconforto e no apoio emocional. Essa abordagem visa proporcionar conforto, tanto físico quanto emocional, e não necessariamente buscar a cura. A integração de ambas as áreas é frequentemente necessária, com os cuidados paliativos desempenhando um papel fundamental na preparação dos pacientes para a cirurgia, no gerenciamento da dor pós-operatória e no apoio emocional contínuo ao longo do tratamento. As decisões sobre a realização da cirurgia oncológica são complexas e devem levar em consideração o estágio da doença, a saúde geral do paciente e seus desejos.

A relação entre cirurgia oncológica e cuidados paliativos é uma parte essencial do tratamento multidisciplinar do câncer, visando fornecer cuidados completos, compassivos e personalizados aos pacientes em todas as fases da jornada do câncer.

CONSEQUÊNCIAS E EXEMPLOS DO EMPREGO DA CIRURGIA ONCOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Até o momento, vários estudos documentaram a utilidade de cirurgia para controle e melhora dos sintomas. Entretanto, alguns pacientes procuram cirurgias para tratamento paliativo fora do prazo terapêutico. Torna-se, assim, uma obrigação do cirurgião e da equipe multidisciplinar cuidadosamente selecionar os pacientes e os sintomas que podem ser paliados com sucesso.

As grandes operações podem ser ferramentas eficazes no tratamento paliativo de pacientes com doenças malignas avançadas. Por exemplo, as amputações podem servir como meio eficaz de controle da dor, sangramento, gangrena e graves linfedemas em pacientes sem quimioterapia ou alternativas

de radiação. Em pacientes com doença incurável, como na presença de tumores hepáticos, ações como quimioembolização arterial transcateter, radioembolização, infusão de artéria hepática quimioterapia, crioterapia e radiofrequência ablação, possuem indicações e utilidades distintas a serem empregadas de forma individualizada em pacientes bem selecionados, visando controlar os sintomas e possivelmente prolongar a sobrevivência.

Pacientes com tumorações intestinais malignas que realizam explorações abdominais geralmente se beneficiam das intervenções operatórias, que incluem principalmente ressecções e pontes de safena. Muitas cirurgias e ferramentas não operatórias (radiologia intervencionista, gastroenterologia invasiva) estão disponíveis para o cirurgião oncologista no tratamento desses pacientes desafiadores. É provável que as intervenções em pacientes com câncer avançado se expandam à medida que meios minimamente invasivos e endoscópicos são mais comumente empregados. Stents metálicos autoexpansíveis, usados rotineiramente em pacientes com câncer de esôfago, provaram ser eficazes como meio de palição em pacientes com obstrução câncer colorretal e seu uso está se expandindo para a saída gástrica e obstruções duodenais. Nesses estudos, o implante de stent diminuiu efetivamente a colocação de colostomia necessária e reduziu o comprimento de permanecer significativamente.

DESAFIOS DA CIRURGIA ONCOLÓGICA

De acordo com a The Lancet Oncology (2015), em seu relatório intitulado “Global CancerSurgery: delivering safe, affordableandtimelycancersurgery”, aliado ao aumento do número de incidência de novos casos de cânceres, há crescente preocupação com o manejo dessa patologia. Sugere-se que a cirurgia corresponda a uma especialidade vital para a redução da mortalidade prematura por câncer.

A nível global, há uma significativa desigualdade e falta de justiça no que diz respeito ao acesso à cirurgia e aos recursos econômicos. A maioria dos pacientes não tem a oportunidade de receber tratamento cirúrgico para o câncer. A ausência de formação adequada e treinamento de cirurgiões, juntamente com a fragilização dos sistemas de saúde, pode resultar em uma perda cumulativa de cerca de 6,2 trilhões de dólares do Produto Interno Bruto (PIB) mundial até 2030. Questões relacionadas à disponibilidade e qualidade de serviços essenciais para cirurgia, como patologia, diagnóstico por imagem e anestesia, também são mencionadas no relatório. A insuficiência de investimentos em acesso a serviços organizados, pesquisa, treinamento e educação é particularmente evidente em países de baixo e médio desenvolvimento. No entanto, o relatório reconhece a existência

de inovações e soluções que devem ser compartilhadas como exemplos de esforços bem-sucedidos, incluindo o caso do Brasil.

No que diz respeito ao Brasil, é relevante destacar o Sistema Único de Saúde (SUS) como um ponto positivo. O SUS é um sistema nacional de saúde com cobertura universal, regulamentado por leis e portarias ministeriais que definem os serviços a serem oferecidos com base na capacitação técnica e recursos tecnológicos dos prestadores. Além disso, a incorporação de novas tecnologias e procedimentos é regulada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que conta com a contribuição de entidades científicas, gestores e outras instituições sob a coordenação do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). O Conselho Consultivo do INCA (CONSINCA) desempenha um papel importante na elaboração de estudos técnicos e pareceres para o Ministério da Saúde.

Por outro lado, uma questão negativa notável é o desequilíbrio no financiamento entre diferentes modalidades de tratamento do câncer. Apenas 9% dos recursos totais destinados à Oncologia são alocados para a cirurgia oncológica. Em muitos países, há um aumento no desequilíbrio das fontes de financiamento, com a maioria dos recursos indo para o setor privado, o que acentua as desigualdades. Além disso, apenas 9% dos recursos globais destinados à pesquisa são direcionados para a cirurgia, e uma parte insignificante desse valor é destinada a estudos clínicos, que têm o potencial de melhorar significativamente os resultados para os pacientes. Embora o tratamento do câncer dependa da colaboração entre cirurgia, radioterapia e quimioterapia, é importante destacar que a cirurgia pode ter resultados altamente positivos, desde que os cirurgiões recebam treinamento de alta qualidade.

DESFECHO

A importância da cirurgia oncológica não reside apenas no fato de que, em muitos casos, ela oferece a melhor chance de cura ou controle do câncer. Além disso, a cirurgia é frequentemente combinada com outras modalidades de tratamento, como radioterapia e quimioterapia, como parte de uma abordagem multimodal para o câncer. Entretanto, em grande parte dos casos o procedimento é crucial para remover tumores e reduzir a carga tumoral.

Para que as decisões cirúrgicas sejam bem fundamentadas, é essencial que os cirurgiões e suas equipes tenham acesso a dados confiáveis e informações atualizadas. Isso inclui dados provenientes de estudos clínicos que buscam continuamente melhorar as abordagens cirúrgicas e os resultados para os pacientes. Portanto, o avanço na pesquisa cirúrgica é de suma importância, uma vez que contribui

para o aprimoramento das práticas cirúrgicas oncológicas e, por conseguinte, para a qualidade de vida e as perspectivas dos pacientes com câncer.

REFERÊNCIAS

- American Cancer Society. The Cancer Atlas. 2nd ed. Disponível em: <http://canceratlas.cancer.org/>. Acesso em: 06 out. 2023.
- BATENI, Sarah B. et al. Palliative care training and decision-making for patients with advanced cancer: A comparison of surgeons and medical physicians. *Surgery*, v. 164, n. 1, p. 77-85, 2018.
- FERREL, B.R. et al. Integração de cuidados paliativos em cuidados oncológicos padrão: atualização das diretrizes de prática clínica da Sociedade Americana de Oncologia Clínica. *Journal of Clinical Oncology*, [s. l.], 2016.
- INSERRA A, Crocoli A. Palliative care: A surgical perspective. *Pediatric Blood & Cancer*. 2019;66(8):e27817
- Krouse RS. Surgical management of malignant bowel obstruction. *Surg Oncol Clin N Am* 2004; 13:479–490.
- LAW WL, Choi HK, Chu KW. Comparison of stenting with emergency surgery as palliative treatment for obstructing primary left-sided colorectal cancer. *Br J Surg* 2003; 90:1429–1433.
- LEMOES, M.F.; NETO, S.V.L.; BARRUCAN, L.; VERÇOSA, N.; TIBIRICA, E. A informação no pré-operatório reduz a ansiedade pré-operatória em pacientes com câncer submetidos à cirurgia: utilidade do Inventário Beck de Ansiedade. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Rio de Janeiro, v. 69, ed. 1, p. 1-6, 2019.
- McCahill LE, Smith DD, Borneman T, Juarez G, Cullinane C, Chu DZJ, Ferrel BR, Wagman LD. A prospective evaluation of palliative outcomes for surgery of advanced malignancies. *Ann Surg Oncol*. 10(6): 654-663.
- Machi J, Bueno RS, Wong LL. Long-term follow-up outcome of patients undergoing radiofrequency ablation for unresectable hepatocellular carcinoma. *World J Surg* 2005, September 30; Epub ahead of print.
- Miner TJ, Jaques DP, Paty P, et al. Symptom control of locally recurrent rectal cancer. *Ann Surg Oncol* 2002; 10:72–79.
- Miner TJ, Juarez G, Pameijer C, Choi K, Ferrell BR, Wagman LD. Impact of surgical palliation on quality of life in patients with advanced malignancy: results of the decisions and outcomes in palliative surgery (DOPS) trial. *Ann Surg Oncol*. 14(2): 922-928.
- MENDONÇA, Karine R. Princípios dos cuidados paliativos. Grupo A, 2018. E-book. ISBN 9788595027558. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595027558/>. Acesso em: 05 out. 2023.
- Podnos YD, Juarez G, Pameijer C, Choi K, Ferrell BR, Wagman LD. Impact of surgical palliation on quality of life in patients with advanced malignancy: results of the decisions and outcomes in palliative surgery (DOPS) trial. *Ann Surg Oncol*. 14(2): 922-928.
- Podnos YD, Wagman LD. The surgeon and palliative care. *Ann Surg Oncol*. 14(14): 1257-1263.

World Health Organization National Cancer programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.

Capítulo 20



10.37423/240408952

POCUS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Fábio Araújo Gomes de Castro

Hugo Henrique de Menezes Vieira

Kaio Gomes de Freitas

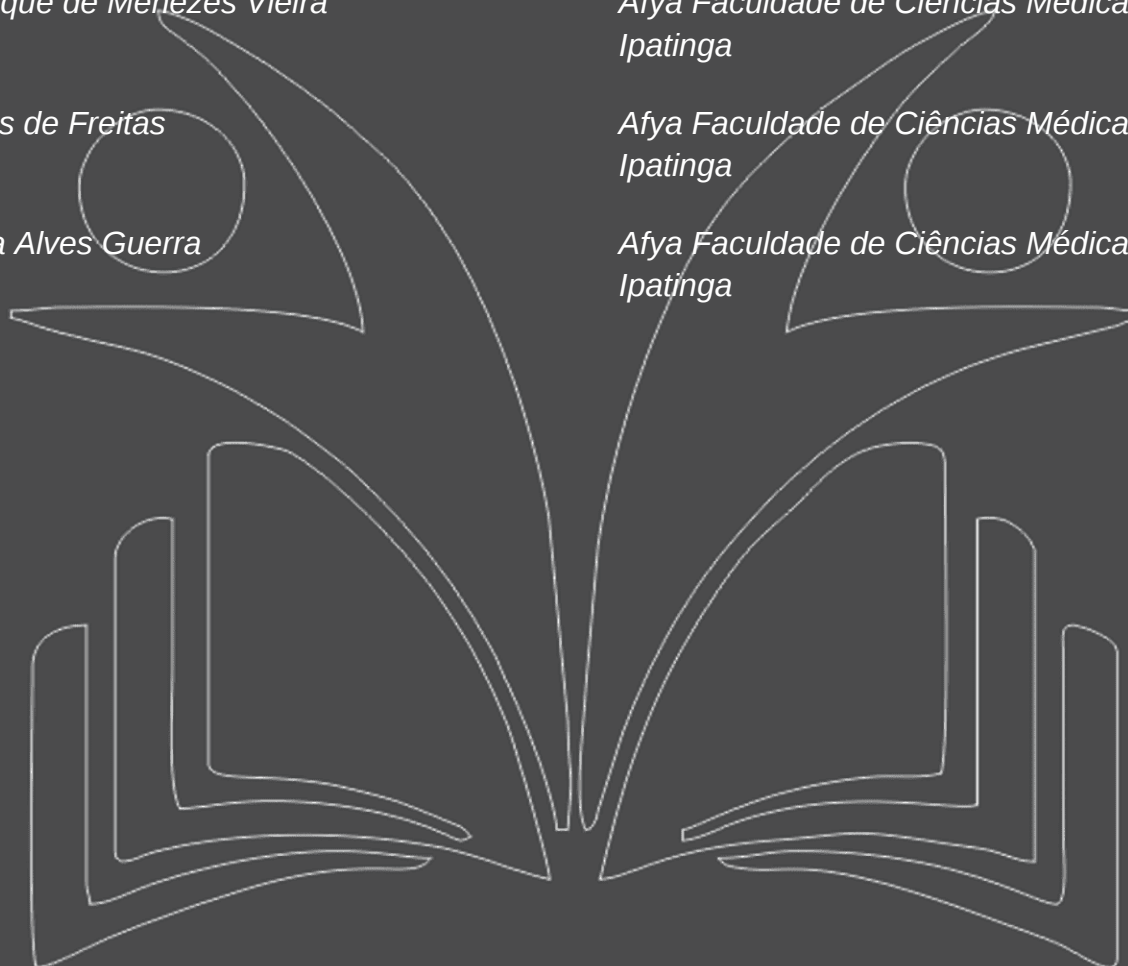
Maria Luíza Alves Guerra

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

Tradicionalmente, os cuidados paliativos se concentravam na melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças graves, com foco no alívio da dor, no gerenciamento de sintomas e no apoio emocional. No entanto, à medida que a medicina avança, o Point-of-CareUltrasound (POCUS) se tornou uma adição valiosa a essa abordagem, permitindo aos profissionais de cuidados paliativos uma visão mais abrangente e imediata das condições de saúde dos pacientes.

INTRODUÇÃO

A ultrassonografia à beira do leito, conhecida como POCUS, está se tornando uma ferramenta cada vez mais relevante nos cuidados paliativos. Este instrumento é definido como a realização da ultrassonografia pelo médico assistente à beira do leito e difere da ultrassonografia de rotina, que geralmente é realizada por um radiologista em um ambiente hospitalar (THOTA RS, et al., 2023). Atualmente, possui uma ampla aceitação como parte dos cuidados de rotina em Medicina de Emergência, Anestesia e Terapia Intensiva, tendo aplicabilidade em hospitais, serviços de urgência e emergência e em ambientes de atendimento domiciliar (SOUSA IE, et al., 2020).

A combinação do envelhecimento da população com a melhoria da sobrevivência em processos de doenças malignas e não malignas resulta numa coorte crescente da população que vive com doenças crônicas avançadas ou em fase terminal. Os cuidados paliativos têm como objetivo proporcionar conforto e qualidade de vida a pacientes que enfrentam doenças graves, muitas vezes terminais (BREAKEY A, et al., 2020). Devem ser iniciados no surgimento de qualquer manifestação de uma doença ou condição ameaçadora à vida em que as terapêuticas curativas perdem sua efetividade. No entanto, é importante reconhecer que cuidados paliativos não significam “nenhum cuidado” ou “nenhuma imagem”. Nesse contexto, o POCUS desempenha um papel significativo, fornecendo informações imediatas e não invasivas que auxiliam na avaliação e no gerenciamento de sintomas, contribuindo para a melhoria da assistência prestada (THOTA RS, et al., 2023).

Comparada a outros exames de imagem, como a tomografia computadorizada e à ressonância magnética, a ultrassonografia à beira do leito é uma modalidade de imagem “dialógica”, com comunicação direta médico-paciente, que pode ser integrada ao exame clínico e usada diretamente, sem distância temporal ou espacial, para resolver problemas clínicos à beira do leito (MAIO, et al., 2014). Além disso, desempenha um papel vital no reconhecimento de situações paliativas, fornecendo cuidados de acompanhamento, identificando complicações e implementando intervenções paliativas com segurança (NUERNBERG, et al., 2017).

As características de desempenho do POCUS o tornam um complemento diagnóstico atraente nesses pacientes. Os sintomas comuns e as emergências paliativas, como dispneia, obstrução intestinal, obstrução do trato urinário e tromboembolismo venoso, são altamente passíveis de diagnóstico à beira do leito. Além disso, a ultrassonografia é um complemento útil em intervenções paliativas frequentes, incluindo toracocentese, paracentese, acesso venoso difícil, intervenções musculoesqueléticas e anestesia regional. como resultado, pacientes que necessitam de cuidados

paliativos valorizam a capacidade dos médicos que possuem experiência na realização do POCUS (SOUSA IE, et al., 2020).

O uso direcionado do POCUS para cuidados paliativos pode melhorar os resultados clínicos, reduzindo complicações e cuidados inadequados, facilitando e agilizando os processos de diagnóstico à beira do leito. Isto tem o potencial de ser alcançado com interrupção mínima para o paciente, sem a necessidade de deslocamento para outro ambiente clínico, resultando em maior satisfação do paciente (BREAKEY A, et al., 2020).

EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia dos cuidados paliativos em combinação com o uso de POCUS é um tema que envolve a análise das tendências, características e do impacto da integração desse exame no atendimento a pacientes que necessitam de cuidados paliativos. O POCUS expandiu seu escopo em diversos cenários clínicos abrangendo condições como doenças cardiovasculares, câncer metastático, doenças respiratórias crônicas, doenças neurológicas progressivas e a síndrome de imunodeficiência adquirida, especialmente em casos relacionados à progressão da doença que leva a condições debilitantes terminais, exigindo serviços médicos especializados em cuidados paliativo.

O uso do POCUS provavelmente oferece uma eficiência de custos significativa, simplificando procedimentos diagnósticos realizados em casa ou em hospitais e permitindo intervenções direcionadas específicas. Um exemplo notável é a orientação por ultrassom para procedimentos como a toracocentese pleural, que aumenta a segurança ao determinar um local apropriado para inserção de um dreno intercostal ou cateter pigtail. O derrame pleural, que é comum em pacientes em cuidados paliativos com câncer, afetando aproximadamente 15% deles, pode ser gerenciado em ambientes extra-hospitalares com o auxílio do POCUS (BREAKEY A, et al., 2020).

A introdução de dispositivos portáteis de ultrassom revolucionou a capacidade do POCUS de influenciar decisões clínicas na beira do leito. Em um estudo recente, o POCUS foi capaz de suspeitar de diagnósticos com confirmação posterior em cerca de metade dos casos analisados, resultando em alterações no diagnóstico inicial em aproximadamente 23% dos casos (THOTA RS, et al., 2023).

BENEFÍCIOS DO USO DO POCUS NOS CUIDADOS PALIATIVOS

O principal objetivo do POCUS seria melhorar a tomada de decisões diagnósticas e intervencionistas, o que poderia provocar uma mudança na qualidade de vida de um paciente em cuidados paliativos. Isto poderia ser alcançado visando o alívio dos sintomas e o conforto do paciente à beira do leito. Um equilíbrio correto deve ser alcançado conciliando o risco versus o benefício, evitando ao mesmo tempo a futilidade dos cuidados. O uso do POCUS em pacientes em cuidados paliativos, quando apropriado, pode ser benéfico em vários aspectos (SOUZA IE, et al., 2022):

- Exame não invasivo, com eficácia diagnóstica em tempo real e baixo risco de desconforto;
- Pode ser usado fora dos ambientes de internação, disponibilizando imagens no local de atendimento para visitas domiciliares, hospitais ou instalações de enfermagem comunitária;
- É realizado à beira do leito com a segurança de ter o exame realizado por profissional conhecido e de confiança do paciente;
- Para os pacientes internados, pode facilitar a "jornada do paciente", limitando o número de visitas interdepartamentais;
- Evita transferências e reposicionamentos necessários para outros exames de imagem;
- No contexto de emergência, contribui para reduzir o tempo de internação;
- Nas visitas domiciliares permite a realização de procedimentos diagnósticos e intervencionistas com mais segurança e eficácia.

LIMITAÇÕES DO USO DO POCUS NOS CUIDADOS PALIATIVOS

A aplicação do POCUS em um ambiente de cuidados paliativos apresenta algumas limitações individualizadas. Fatores individuais do paciente, juntamente com a experiência do operador, precisam ser considerados na interpretação final do exame. Opiniões de especialistas podem ser necessárias e devem ser procuradas em pacientes individualizados, também é necessário considerar a sensibilidade e especificidade de cada aplicação do POCUS (THOTA RS, et al., 2023).

As descrições específicas do uso do POCUS em cuidados paliativos estão limitadas a relatos de casos e séries de casos, tendo uma deficiência de pesquisas prospectivas focadas nessa população de pacientes. Além disso, a presença de equipamentos de ultrassonografia à beira do leito no ambiente

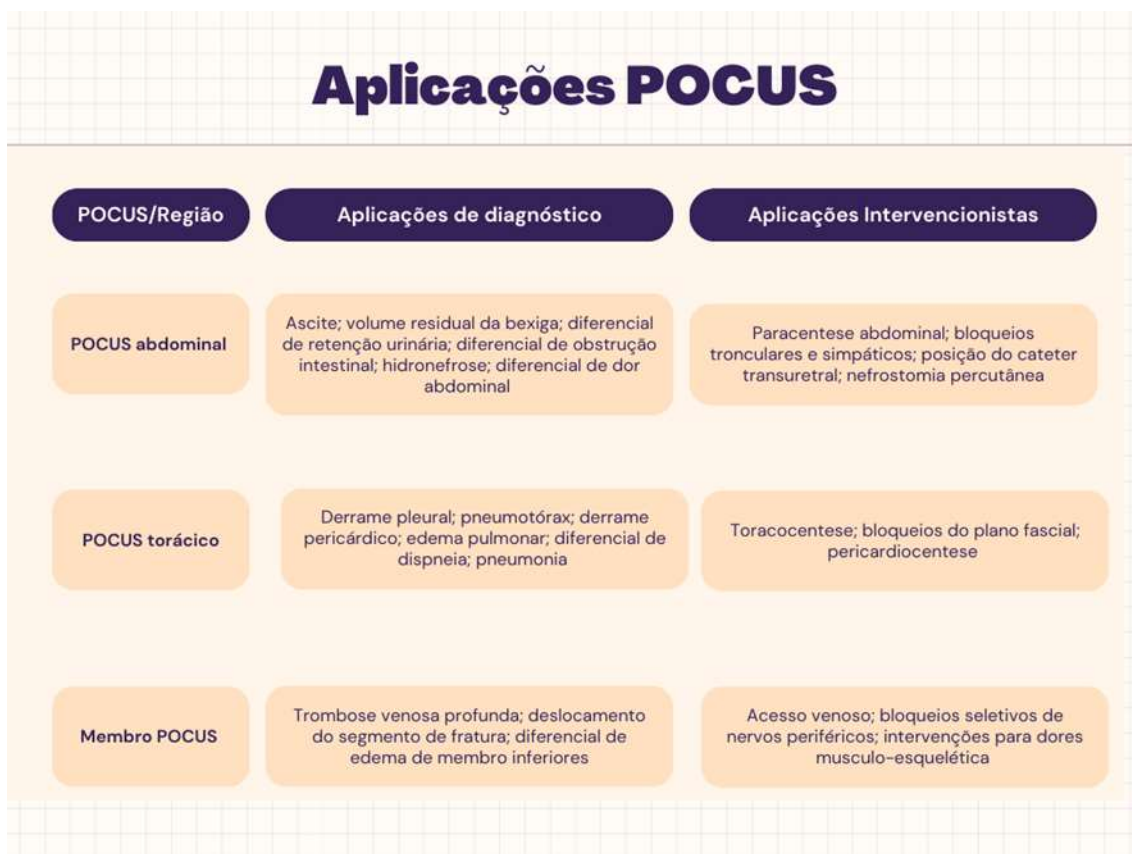
especializado em cuidados paliativos ainda é rara, apenas um número muito pequeno de unidades possuem essa instalação (SOUZA IE, et al., 2022).

A adoção do POCUS na medicina paliativa traz uma nova dimensão, na identificação de procedimentos diagnósticos e intervencionistas que poderiam ser realizados em casa, em hospitais e em ambientes especializados de cuidados paliativos. Portanto, a necessidade de estabelecer uma certificação de qualidade, por meio da incorporação da formação em POCUS dedicada à medicina paliativa, provavelmente se tornará uma necessidade no futuro (THOTA RS, et al., 2023)

INDICAÇÕES POTENCIAIS DO POCUS PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Pacientes em cuidados paliativos podem apresentar múltiplos sintomas ao mesmo tempo e, portanto, apresentar quadros clínicos complexos. Um sintoma pode ter causas muito diferentes, exigindo abordagens terapêuticas muito diferentes. Por exemplo, a falta de ar pode ser devida a derrame pleural, ascite, insuficiência cardíaca, causas broncopulmonares ou neurológicas. Portanto, alguns estudos relataram aumento de exames diagnósticos realizados nos últimos meses de vida do paciente (LO H, et al., 2023).

As aplicações diagnósticas mais importantes do POCUS na medicina de cuidados paliativos incluem ultrassonografia à beira do leito para diagnóstico diferencial de dor abdominal, falta de ar, dor musculoesquelética, trombose venosa profunda e tromboembolismo venoso. Os procedimentos intervencionistas guiados incluem pleurocentese, paracentese peritoneal, intervenções musculoesqueléticas e bloqueios nervosos para controle da dor (THOTA RS, et al., 2023)



Fonte: RaghuSudarshan T, et al., 2023. Fundamentado em: 'Ultrassonografia no local de atendimento em medicina paliativa (2023), Ultrassom portátil (HHUS): potencial para cuidados paliativos domiciliares (2023).

Nota: Imagem criada por meio CANVA.

AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

Sintomas gastrointestinais, tais como dor abdominal, constipação, náusea e vômito, são frequentemente observados em pacientes em cuidados paliativos. Esses sintomas podem surgir em decorrência da própria doença ou como efeito colateral dos tratamentos empregados (SOUSA IE, et al., 2022). O POCUS, um exame não invasivo, ajuda a definir a causa subjacente, como ascite, metástase intra-abdominal, obstrução urinária, patologia biliar ou abscessos e obstrução intestinal (TOMIZAWA M, et al., 2017).

A obstrução intestinal subaguda tem uma prevalência estimada em mais de 2% em pacientes portadores de tumores intra-abdominais e malignidades pélvicas, resultando no acúmulo de líquido nas alças intestinais. Os achados no POCUS podem variar desde alças intestinais dilatadas, movimentos hiperperistálticos que terminam em obstrução, ausência de peristaltismo ou colapso completo da luz intestinal (FERGUSON HJ, et al., 2015).

AVALIAÇÃO DA ASCITE E REALIZAÇÃO DE PARACENTESE

Em pacientes em cuidados paliativos, a ascite pode ter múltiplas causas, das quais destacam-se a insuficiência cardíaca ou renal crônica e a carcinomatose peritoneal. Os sintomas relacionados à ascite podem ser debilitantes, resultando em uma redução significativa da qualidade de vida. No entanto, uma intervenção por meio da paracentese proporciona uma melhoria sintomática mensurável nos sintomas (BREAKEY N, et al., 2020).

O POCUS pode ser uma ferramenta útil para auxiliar no diagnóstico, visto que facilita a visualização do líquido ascítico, permitindo uma tomada de decisão mais segura e evitando procedimentos desnecessários em situações em que o líquido não é clinicamente relevante (SOUSA IE, et al., 2022). Embora a paracentese possa ser realizada sem assistência de exames de imagem, diversos estudos identificaram uma redução significativa nas complicações na paracentese guiada por ultrassom (LO H, et al., 2023).

AVALIAÇÃO RENAL E URINÁRIA

A retenção urinária é um sintoma relativamente frequente encontrado em pacientes sob cuidados paliativos. A obstrução repetida do fluxo urinário com infecção subjacente e lesão renal aguda (LRA) é comumente encontrada na prática de cuidados paliativos. A avaliação da obstrução do trato urinário e/ou LRA com ultrassonografia engloba a observação de ambos os rins (principalmente para exclusão de hidronefrose) e da bexiga (para avaliar o volume de urina, distensão da bexiga, lesões macroscópicas ou coágulos) (SOUSA IE, et al., 2022).

O POCUS pode ser utilizado para avaliação da obstrução ureteral, que pode ser causada por compressão externa (aumento dos linfonodos, tumores retroperitoneais ou pélvicos) ou bloqueio interno (nefrolitíase, tumor urotelial). Além disso, a ultrassonografia da bexiga à beira do leito pode estimar com precisão o volume e o fluxo da bexiga, permitindo um diagnóstico rápido da retenção urinária (ARYA A, et al., 2022).

AVALIAÇÃO TORÁCICA

A ultrassonografia torácica é uma ferramenta útil na avaliação da dispneia, uma das queixas primárias mais comuns entre os pacientes paliativos. Muitas doenças subjacentes e condições agudas podem causar falta de ar, incluindo pneumonia, insuficiência cardíaca descompensada, exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica, embolia pulmonar, pneumotórax, atelectasia e derrames

malignos (SHAO RJ, et al., 2022). Nesse contexto, a ultrassonografia pulmonar desempenha um papel fundamental na tomada de decisões clínicas em tempo real à beira do leito, oferecendo valor adicional ao proporcionar alívio mais rápido aos pacientes dispneicos (SOUSA, et al., 2022).

Quando a toracocentese é indicada, a orientação por ultrassonografia tem demonstrado vantagens sobre a abordagem convencional que se baseia em sinais clínicos e a radiografia de tórax na avaliação de derrames pleurais. Isso permite a identificação do local mais adequado para a inserção do cateter, contribuindo, assim, para a redução das complicações pós-intervenção, como o pneumotórax (ARYA A, et al., 2022).

DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO

O tromboembolismo venoso profundo (TVP) é uma complicação frequente entre pacientes em cuidados paliativos, geralmente se apresenta com edema, dor e calor nos membros inferiores e pode levar à embolia pulmonar com sintomas graves. A ultrassonografia compressiva à beira do leito pode confirmar ou excluir a existência de TVP em veias proximais, com a vantagem de ser de fácil acesso e bem tolerado pelos pacientes (NOBLE S, 2019). Embora a ultrassonografia de membros inferiores com doppler seja a primeira escolha para o diagnóstico, a ultrassonografia de compressão à beira do leito tem alta sensibilidade e especificidade no diagnóstico de TVP (SOUSA IE, et al., 2019).

A maioria das TVPs proximais da perna envolvem a veia femoral ou poplítea comum e as TVPs isoladas da veia femoral são raras. Nesse sentido, a avaliação da colapsabilidade apenas da veia femoral comum e da veia poplítea teve uma sensibilidade de 100% e especificidade de 99% para o diagnóstico de TVP proximal, nos casos de tromboembolismo venoso profundo, a luz venosa é incompressível (THOTA RS, et al., 2023). O uso da ultrassonografia compressiva à beira do leito para o diagnóstico de TVP em cuidados paliativos permite que os médicos realizem adequadamente o diagnóstico diferencial rápido e subsequentemente decidam o tratamento em tempo hábil, reduzindo as internações hospitalares, principalmente no pronto-socorro (SOUSA IE, et al., 2019).

ACESSOS VENOSOS

A inserção intravascular periférica de cânula/cateter é um procedimento invasivo comum para administração de fluidos e medicamentos em pacientes em cuidados paliativos. Entretanto, esses pacientes podem se apresentar edemaciados, desnutridos, e com outras comorbidades que dificultam esse cuidado. Nos cuidados paliativos, isso pode ser ainda mais complicado por longas internações hospitalares e múltiplas terapias intravenosas, além dos efeitos venotóxicos da quimioterapia. Dessa

forma, o uso da ultrassonografia à beira do leito é um facilitador no momento da punção do acesso venoso (BROADHURST D, et al., 2020).

O uso de ultrassom para auxiliar no acesso venoso aumenta a probabilidade de canulação bem-sucedida em pacientes com acesso venoso periférico difícil. É recomendado a utilização de uma sonda linear de alta frequência para acesso guiado por ultrassom usando a técnica no plano ou fora do plano após duas ou mais tentativas, ou quando um paciente tem dificuldade de acesso periférico (BREAKEY N, et al., 2020).

ESTRATÉGIAS ANALGÉSICAS GUIADAS POR ULTRASSOM

As doenças musculoesqueléticas são uma causa de dor prevalente na população em cuidados paliativos. A ultrassonografia está se tornando uma ferramenta cada vez mais importante no diagnóstico de uma ampla variedade de distúrbios musculoesqueléticos e para orientar com precisão as injeções de corticosteróides, melhorando a qualidade de vida desses pacientes (CHERNACK B, et al., 2017).

Pacientes oncológicos se beneficiam com bloqueios isolados de nervos periféricos guiados por ultrassom, estes procedimentos têm sido descritos como capazes de proporcionar analgesia paliativa adequada em dermatomas únicos. Os bloqueios do plano tecidual e os bloqueios do plexo também se mostram promissores para a dor após intervenções específicas e para dor óssea neuropática ou metastática que não é adequadamente controlada com analgesia oral (BREAKEY N, et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito da ultrassonografia à beira do leito não consiste em substituir a imagem convencional nem em realizar uma avaliação completa. O POCUS deve ser utilizado como uma extensão do exame físico, direcionado à entrega de diagnósticos específicos e à diminuição de atrasos no tratamento. Isso pode agilizar o processo de diagnóstico e fornecer estratificação de risco para pacientes com doenças terminais e mobilidade reduzida. As indicações do uso de POCUS no ambiente especializado em cuidados paliativos são múltiplos, auxiliando no diagnóstico/tratamento de pacientes tanto em ambiente hospitalar e ambulatorial quanto em ambientes domiciliares.

O uso da ultrassonografia em cuidados paliativos tem o potencial de otimizar o tempo de internação ou mesmo evitar transferências desnecessárias para o hospital, contribuindo para o conforto do paciente, alívio sintomático eficaz, redução de complicações de intervenções paliativas específicas e

redução de custos. Para que isso ocorra, os dispositivos de ultrassom devem tornar-se cada vez mais compactos, portáteis e facilmente acessíveis. Além disso, os médicos que prestam assistência para pacientes em cuidados paliativos devem ser capacitados para realizar ultrassonografias à beira do leito em cuidados domiciliares e em ambientes de cuidados paliativos para que ocorra melhoria na qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- ARYA A, et al. Utilization of Point-of-Care Ultrasound in a Specialist Palliative Care Team Across Multiple Care Settings: A Retrospective Chart Review. *Palliat Med Rep*, 2022; 3(1):229-234.
- BREAKEY N, et al. Point of care ultrasound for rapid assessment and treatment of palliative care patients in acute medical settings. *European Journal of Internal Medicine*, 2020; 81: 7 - 14.
- BROADHURST D, et al. Subcutaneous hydration and medication infusions (effectiveness, safety, acceptability): A systematic review of systematic reviews. *PLoS One*, 2020; 15(8):e0237572.
- CHERNACK B, et al. The Use of Ultrasound in Palliative Care and Hospice. *Sou J Hosp Cuidados Paliativos*, 2017; 34:385-391.
- FERGUSON HJ, et al. Management of intestinal obstruction in advanced malignancy. *Ann Med Surg (Lond)*, 2015; 4(3):264-70.
- GRANT MP, et al. Examinando a utilidade clínica de imagens para cuidados paliativos em pacientes internados. *Jornal Americano de Hospice e Medicina Paliativa*. 2017;34(7):632-636.
- LANDER A, RYAN B. The use of bedside ultrasound and community-based paracentesis in a palliative care service. *J Prim Health Care*. 2014 Jun 1;6(2):148-51.
- LO H, et al. Handheld Ultrasound (HHUS): Potential for Home Palliative Care. *Ultrasound Int Open*, 2022; 8: E68–E76
- NOBLE S. Venous thromboembolism and palliative care. *Clin Med (Lond)*, 2019; 19(4):315-318.
- SHAO RJ, et al. Use of lung ultrasound for the diagnosis and treatment of pleural effusion. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2022; 26(23):8771-8776.
- NUERNBERG D, et al. Ultrasound in palliative care medicine, Part II. *Z Gastroenterol*, 2017; 55:582–591.
- MAIO G. Medicine and the holistic understanding of the human being: ultrasound examination as dialog. *Ultraschall Med*, 2014; 35:98–107.
- SOUZA IE, et al. Palipocus: The Use of POCUS in the Palliative Care Setting. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 2022; 29.
- THOTA RS, et al. Palliative medicine point-of-care ultrasound. *Indian Journal of Palliative Care*, 2023; 29: 36-45
- TOMIZAWA M, et al. Abdominal ultrasound for patients with abdominal pain as a first-line diagnostic imaging modality. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 2017; 13(5):1932-1936.
- WANG J, et al. The Role of Ultrasound-Guided Therapeutic Paracentesis in an Outpatient Transitional Care Program: A Case Series. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018; 35(9):1256-1260.

Capítulo 21



10.37423/240408953

FASES DO LUTO

Marita de Novais Costa Salles de Almeida

Daniel Ferreira Siqueira

Otávio Augusto Lage Alves

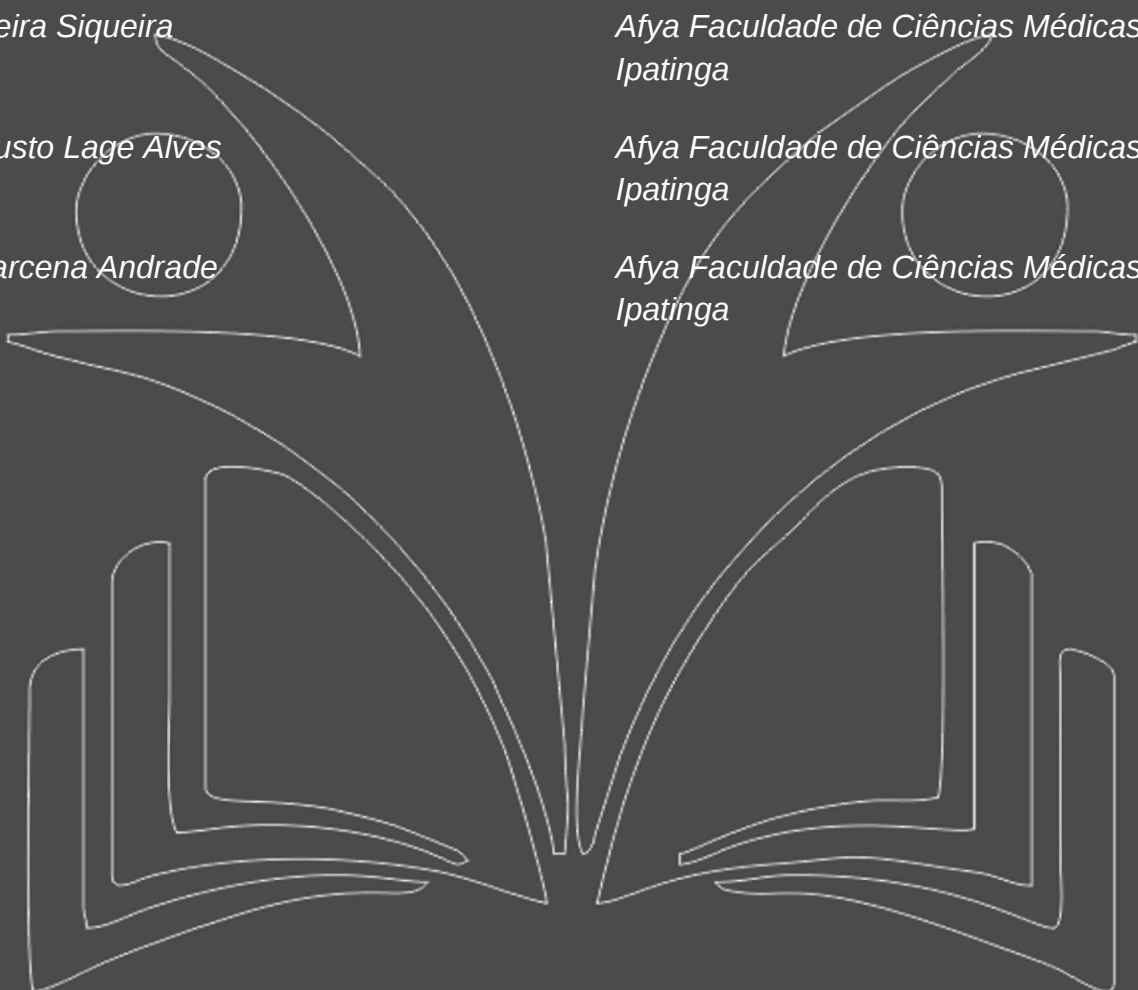
Winicius Marcena Andrade

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

O luto é uma experiência universal e desafiadora que todos enfrentarão em algum momento da vida. Este capítulo explora as fases do luto, sua epidemiologia, uma estrutura que ajuda a entender as complexas emoções associadas à perda. Embora as fases possam variar em intensidade e ordem, compreender esse processo é essencial para oferecer apoio e empatia a quem está de luto.

INTRODUÇÃO

A morte é um evento comum para todos os seres vivos. Por mais que a tecnologia e os cuidados preventivos tenham avançado nas últimas décadas, não foi possível eliminar esse fenômeno. A maioria das pessoas experimentará a morte de um ente querido devido a doença, desastre, acidente, guerra, homicídio ou suicídio. Embora o luto seja inevitável, conduz a um sofrimento psicológico grave e, por vezes, altera profundamente o modo de vida da pessoa. Edward John Mostyn Bowlby, psicólogo, psiquiatra e psicanalista britânico declarou: 'A perda de um ente querido é uma das experiências mais intensamente dolorosas que qualquer ser humano pode sofrer. E não é apenas doloroso vivenciar, mas também é doloroso testemunhar, mesmo porque somos tão impotentes para ajudar. Para os enlutados, nada além do retorno da pessoa perdida pode trazer verdadeiro conforto; caso o que fornecemos fique aquém disso, será sentido quase como um insulto'. É fato que a morte é um processo irreversível, as pessoas têm que suportar o sentimento de tristeza e continuar a conviver com ele. Todavia, na maioria dos casos, os enlutados não necessitam da ajuda de terapeutas profissionais; eles gradualmente recuperam a vida normal por conta própria. No entanto, em uma parcela dos pacientes, o luto pode progredir para transtorno de luto complexo persistente, que é uma síndrome única e identificável, marcada por sintomas generalizados, intensos e com comprometimento funcional que persistem por mais tempo do que o esperado pela comunidade social, cultura ou grupo religioso de uma pessoa (Nakaijima, 2018).

O transtorno complexo persistente é uma forma de luto incomumente prolongada, intensa e incapacitante. Essa patologia é caracterizada por pensamentos desadaptativos, comportamentos disfuncionais, emoções desreguladas e/ou problemas psicossociais graves que impedem a adaptação à perda. De maneira geral, é diagnosticado somente se ao menos 12 meses (seis meses em crianças) se passaram desde a morte de alguém com quem o enlutado tinha um relacionamento próximo. Esse intervalo de tempo discrimina o luto normal do luto persistente. A condição envolve, em geral, uma saudade persistente do falecido, que pode estar associada a intenso pesar e choros frequentes ou preocupação com o falecido. O indivíduo também pode estar preocupado com a maneira como a pessoa morreu (American Psychiatric Association, 2014, p. 1210).

EPIDEMIOLOGIA

A incidência do transtorno de luto complexo persistente na população geral é de 2,4 a 4,8%. É mais prevalente em indivíduos do sexo feminino do que nos do sexo masculino. No entanto, a taxa varia

entre os estudos devido a diferenças metodológicas, tais como diferentes procedimentos de amostragem e diferentes métodos de identificação da síndrome. Por exemplo, no subconjunto da população geral enlutada, a prevalência pontual de transtorno de luto complexo persistente é de aproximadamente 10 por cento, com base em uma meta-análise de 14 estudos comunitários (UpToDate, 2023).

O PROCESSO DO LUTO

Perante a inevitável dor de uma perda irremediável, ocorrem profundas mudanças na psicologia do indivíduo. Este livro reflete essas transformações, que também fizeram parte do meu próprio processo de luto. Segundo a teoria de Freud, o luto, em algum momento, será superado, mas a sua duração é altamente variável e depende da pessoa. No entanto, o processo de luto, embora natural, é muitas vezes incompreendido e mal interpretado, resultando em pressões sociais e familiares para que se siga um cronograma predefinido de recuperação. Na psiquiatria, costuma-se dividir o luto em duas categorias: o luto normal, que se espera que dure cerca de um ano, e o luto complicado, que se prolonga além desse período. No entanto, essas categorias não refletem completamente a complexidade do processo de luto, que é altamente individual e influenciado por vários fatores, como o relacionamento com a pessoa falecida, circunstâncias da morte e apoio social. Além disso, é comum que pessoas enlutadas se deparem com frases feitas e clichês reconfortantes, que nem sempre refletem suas verdadeiras necessidades emocionais. Há um movimento permanente de relação entre a vida e a morte, perceptível a partir do processo de luto como mecanismo de elaboração de todas as perdas que nos constituem. Essa relação entre vida e morte depende de uma concepção de vida que não seja absoluta, mas interdependente, e de um conceito de morte que não esteja marcado pela noção de fim (Rodrigues, 2021)

É fundamental reconhecer que o luto é um processo único para cada pessoa, e o apoio empático e a compreensão da sua singularidade são essenciais para ajudar quem está passando por essa experiência. Também é relevante mencionar que o contexto da pandemia, como a perda de vidas devido à COVID-19, ampliou a discussão sobre o luto e destacou a importância de lidar com essa realidade de forma sensível e compassiva. A morte inscreve pelo menos três significantes na vida de quem fica: a perda, a falta e o vazio, que primeiramente aparecem misturados e só aos poucos, no tempo de cada um, vão sendo discernidos. Talvez o trabalho de luto não seja outra coisa senão uma permanente tentativa de separação, entre quem ficou e quem partiu e entre esses três termos relacionados aos três momentos do luto (Rodrigues, 2021).

LUTO EM PEDIATRIA

Uma criança adoece. Pode morrer. Sua família vive uma crise. Há profissionais com competências para trabalhar nesse cenário. Mas de que competências estamos falando? A morte dessa criança pode vir na forma de uma incapacidade, de uma impossibilidade. Pode ser a morte de um irmão, que leva a criança a pensar na sua morte e a temer as mudanças naturais do seu desenvolvimento (Utarelli, 2019). O luto pediátrico é o processo de enfrentar a perda de uma criança ou o luto experimentado por uma criança que perdeu alguém significativo, como um pai, irmão, avô, amigo ou outra figura de importância em sua vida. Lamentavelmente, a morte é uma parte inevitável da vida, e as crianças também enfrentam essa experiência dolorosa, o que pode ser especialmente desafiador, pois elas muitas vezes não têm a mesma capacidade de compreensão e habilidades de enfrentamento que os adultos. A reação de uma criança ao luto pode variar de acordo com sua idade, desenvolvimento emocional e experiência anterior com a morte.

Os cuidados paliativos são abordados na relação entre o fim da vida vivido no âmbito pessoal, familiar e institucional. O discurso contemporâneo, com foco na medicalização, na psicologização e na socialização da morte, denuncia o valor atribuído na modernidade para a individualização da morte e para a subjetivação do profissional (Utarelli, 2019). Os cuidados paliativos em pediatria são uma abordagem especializada que visa melhorar a qualidade de vida de crianças que enfrentam doenças graves, crônicas ou terminais. O objetivo principal é proporcionar alívio dos sintomas, controle da dor e apoio emocional, tanto para a criança como para sua família, garantindo que a jornada seja o mais confortável e digna possível.

De acordo com Utarelli A e Silva GF(2019), na maior parte das vezes as crianças não são incluídas devidamente no processo de luto familiar, devido ao fato de não existir até o momento atual uma boa estratégia de abordagem da morte e do luto com as crianças. O diagnóstico e tratamento do luto em pediatria são áreas fundamentais da saúde mental infantil, destinadas a auxiliar crianças a enfrentar a perda de maneira saudável e adaptativa. O diagnóstico do luto em crianças baseia-se na observação de mudanças comportamentais, emocionais e sociais após a perda de um ente querido, incluindo sintomas como tristeza persistente, alterações no sono e no apetite, isolamento social, dificuldades escolares e manifestações de raiva ou culpa. É essencial diferenciar o luto de outros transtornos, como depressão ou ansiedade, o que pode ser desafiador devido a sintomas semelhantes. O tratamento envolve apoio psicológico, com terapeutas especializados em luto infantil ajudando a criança a expressar emoções, compreender a morte e lidar com a perda. Além disso, o apoio familiar

desempenha um papel crucial, com orientação para ajudar a criança e a família a enfrentar a perda de maneira saudável. A educação sobre o luto e a participação em grupos de apoio são ferramentas importantes no processo de recuperação. Os cuidados na escola e o acompanhamento a longo prazo são igualmente essenciais. Em casos raros, quando a criança desenvolve sintomas graves, como transtorno de estresse pós-traumático, o uso de medicação pode ser considerado, sob orientação profissional. No entanto, o diagnóstico e tratamento do luto em pediatria são abordagens sensíveis que se adaptam às necessidades únicas de cada criança, visando ajudá-las a compreender a perda e a aprender a lidar com a dor de forma saudável e construtiva.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

O luto se apresenta como um comportamento fisiológico e sentimento subjetivo que ocorre quando uma pessoa perde um ser amado. Em relação a definição, temos 2 processos semelhantes, mas distintos pelo tempo de duração, que seriam o Luto e o Transtorno de Luto Complexo Persistente (American Psychiatric Association, 2014, p. 1210).

Em relação ao luto, a sua duração tem influência da cultura e dos padrões sociais da sociedade, sendo esperado que indivíduos enlutados retornem ao trabalho e atividades diárias e restabeleçam o equilíbrio num espaço de até 1 ano. A cultura e religião tem efeito sobre como o indivíduo enxerga o processo de morte e como interpreta e reage sobre esse evento (Yuan, 2022).

De forma resumida, o luto se refere ao sentimento de hipotímia pela morte ou separação de alguém. Esse estado se difere do Luto Complexo Persistente pois esse possui tempo cronológico maior (no mínimo 1 ano para adultos e 6 meses para crianças). Sendo que ambos compartilham as manifestações clínicas de: Anseio pela pessoa falecida e Preocupação com pensamentos ou memórias da pessoa falecida, bem como desde a morte do ente querido, deve haver pelo menos 3 dos seguintes achados: Disrupção da identidade, Senso marcado de descrença sobre a morte, Evitar lembrar de que a pessoa está morta, Dor emocional intensa relacionada a morte, Dificuldade de se reintegrar em relacionamentos e atividades pós morte, Dormência emocional, Sentido de que a vida não tem sentido como resultado da morte, Solidão intensa como resultado da morte. Não somente com essas manifestações clínicas, mas o paciente com transtorno de Luto Complexo Persistente deve ter comprometimento funcional (em áreas sociais ou ocupacionais), não explicáveis a partir de qualquer outro transtorno e a sua duração e gravidade devem exceder as normas sociais, culturais ou religiosas no contexto da pessoa (Eisma, 2023).

Além desses eventos, temos o luto antecipatório que ocorre quando as reações de luto são provocadas pelo lento processo de morte de uma pessoa amada devido a ferimentos, doença ou atividade de alto risco. Esse comportamento pode suavizar o impacto da morte eventual ou então promover separação e afastamento prematuros. Ademais, temos as reações de aniversário são desencadeadas por uma reação aguda de luto sendo uma ocasião especial, como um feriado ou aniversário que costumavam ser comemorados quando o ente ainda estava vivo.

Sobre o processo de comunicação de notícias do doente para com a família, temos algumas ferramentas, na Medicina, que ajudam a entender a situação em que o núcleo familiar e o doente se encontram e como deve ser manejada a comunicação para uma forma mais assertiva, dessa forma dividimos a experiência de doença e morte em estágios, chamados de fases de Kübler-Ross ou etapas do luto, cuja representação se refere a uma valiosa compreensão da experiência emocional enfrentada por indivíduos que estão lidando com a perda de um ente querido. Essas fases, que incluem a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação, oferecem um modelo útil para entender as complexidades do processo de luto. Ao reconhecer que o luto não é um processo linear e que as pessoas podem vivenciar essas etapas de maneiras diferentes e em ordens variadas, podemos adquirir empatia e compaixão para com aqueles que estão passando por essa jornada. Compreender os efeitos das fases de Kübler-Ross no luto ajuda a normalizar as emoções e a promover a cura, tanto para os enlutados quanto para aqueles que os apoiam (Tyrell, 2023).

Por fim, é importante diferenciar o luto com seu principal diagnóstico diferencial que é o transtorno depressivo maior. Sobre o luto, a pessoa tem consciência de estar vivendo um período enlutado, sua disforia tem como fator desencadeante pensamentos ou lembranças do morto, se inicia em até 2 meses após a perda, seus sintomas depressivos duram menos de 2 meses e sua incapacidade funcional é transitória e leve e não há histórico na família ou pessoal de depressão. Já no transtorno depressivo maior, a disforia é frequente e independente de pensamentos ou lembranças do morto, se inicia a qualquer momento, tem sofrimento e prejuízo clinicamente significativos e há histórico na família ou pessoal de depressão maior (Compêndio de Psiquiatria, 2007, p. 1356)

TRATAMENTO

O luto prolongado se deve ao desafio da capacidade de adaptação das pessoas diante da perda de um ente querido. Tratar a persistência intensa e prolongada das reações de luto, quadro no qual frequentemente é acompanhado por sintomas psicológicos e emocionais que afetam

significativamente a qualidade de vida do enlutado, é um grande desafio, pois sabe-se que a adaptação após a perda envolve inúmeros fatores. Nesse contexto, é fundamental considerar abordagens terapêuticas eficazes para auxiliar indivíduos a enfrentar e superar o luto prolongado. Segundo o DSM-5, caracteriza-se como luto complexo persistente a persistência de sintomas diários que influenciam diretamente no desenvolvimento das atividades diárias dos indivíduos, devido à morte de alguém, sendo que esses sintomas persistem por pelo menos 12 meses após a morte no caso de adultos enlutados e seis meses no caso de crianças enlutadas. É válido destacar que o tratamento para essa condição é realizado principalmente com psicoterapia, sem indicação e melhora significativa do quadro com intervenção medicamentosa.

Com base em ensaios randomizados, o melhor tratamento para o transtorno do luto prolongado é a psicoterapia desenvolvida especificamente para o transtorno, em vez de terapias eficazes para a depressão maior unipolar relacionada ao luto (UpToDate, 2023).

A terapia cognitiva comportamental (TCC) é constituída por diversas ferramentas que podem ser utilizadas no decorrer dos tratamentos para contribuir na alteração de padrões de funcionamento disfuncionais, causadores de sofrimento (CAVALCANTI FILHO, 2022). A influência da psicoterapia no tratamento do luto prolongado é substancial, uma vez que se trata de uma intervenção clínica que busca a abordagem direta das manifestações desse processo de luto prolongado. A psicoterapia oferece um ambiente terapêutico propício para que os enlutados possam explorar as dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais associadas à perda. O luto prolongado frequentemente se traduz em sintomas psicopatológicos, como depressão e transtorno de ansiedade, tornando a intervenção terapêutica essencial para mitigar essas manifestações. Através de abordagens terapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental, os indivíduos podem aprender a processar sua dor, reconhecer e aceitar a realidade da perda, bem como desenvolver estratégias de enfrentamento saudáveis.

PREVENÇÃO

De acordo com Gusso, et al (2019), a prevenção do luto patológico é uma abordagem fundamental, reconhecendo que o ciclo da vida engloba o morrer e que um processo de luto é parte natural da vida, não devendo se evitar falar sobre a morte. Quando possível, o profissional de saúde deve identificar indivíduos em risco, abordar aqueles que enfrentam condições de risco circunstanciais e oferecer suporte direto aos que apresentam sintomas de luto complexo. A prevenção primária ajuda na

aceitação do processo e a secundária com medidas que visem evitar que indivíduos que estão vivendo um luto complexo evolua com outros transtornos mais graves, assim, essas medidas de prevenção desempenham um papel crucial na promoção da saúde mental dos enlutados, permitindo-lhes enfrentar a perda e encontrar maneiras saudáveis de lidar com o luto, evitando a desorganização prolongada que impede o retorno às atividades cotidianas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O luto patológico é uma experiência de luto intensa e duradoura que requer atenção especial. Neste capítulo, abordamos suas características e a importância de buscar ajuda profissional quando necessário. É crucial oferecer apoio, remover estigmas e identificar precocemente os sinais do luto patológico. A compreensão e a empatia desempenham papéis-chave ao lidar com essa condição, garantindo que ninguém fique desamparado em sua jornada de cura.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- CAVALCANTI FILHO, J. L. M. Cartilha sobre o processo de luto na perspectiva da terapia cognitiva comportamental. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Faculdade Pernambucana de Saúde. 2022
- CORREIA, G. T. Contribuições da psicologia ao paciente em luto sob a perspectiva da terapia cognitiva comportamental. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) Universidade de Uberaba, Uberaba, 2022. 14 p.
- EISMA, Maarten C. "Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controversies." The Australian and New Zealand journal of psychiatry vol. 57,7 (2023): 944-951. doi:10.1177/00048674231154206
- FERNANDES, T. C. M.; PEREIRA, B. S. Contribuições da terapia cognitivo comportamental na assistência a pessoa enlutada. Cadernos de Psicologia, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 239 - 259, jan./jun. 2022.
- GUSSO, G; LOPES, J.M.C; DIAS, L.C. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios de formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- KAPLAN, H. & SADOCK, B. Compêndio de Psiquiatria. 9a edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
- RODRIGUES, Carla. O luto entre clínica e política: Judith Butler para além do gênero. São Paulo: Grupo Autêntica, 2021
- SHEAR, M.K., et al. Prolonged grief disorder in adult: Treatment. UpToDate. 2023.
- STELZER, Eva-Maria et al. "Prolonged Grief Disorder and the Cultural Crisis. Frontiers in psychology vol. 10 2982. (2020). doi:10.3389/fpsyg.2019.02982
- TYRRELL, Patrick, et al. "Kubler-Ross Estágios de Morte e Modelos Subsequentes de Luto. StatPearls, StatPearls Publishing, (2023).
- UTARELLI, Andreia; SILVA, Gláucia Faria da. Luto em pediatria: reflexões da equipe multidisciplinar do Sabará hospital infantil. Santana de Parnaíba: Editora Manole, 2019.
- YUAN, Meng-Di et al. "Prevalence of prolonged grief disorder and its symptoms in Chinese parents who lost their only child: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in public health vol. 10 1016160. (2022). doi:10.3389/fpubh.2022.1016160;

Capítulo 22



10.37423/240408954

ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA

Fabiano Moreira Silva

Ana Carolina Lima Barros

Juliana Gomes Lana

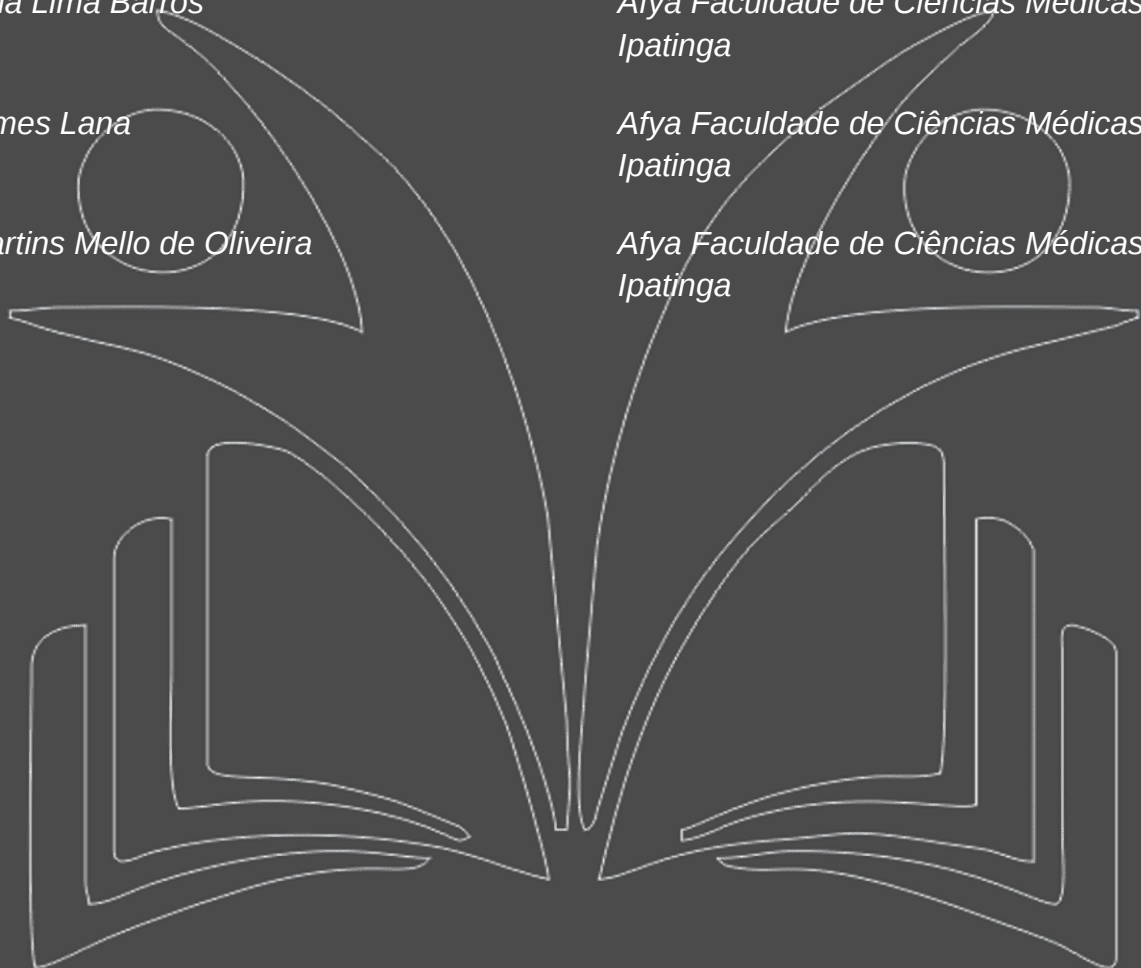
Bárbara Martins Mello de Oliveira

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

A terminalidade, fase em que a vida se aproxima de seu desfecho, é um cenário de complexidade singular, onde emoções e desafios se entrelaçam. Neste contexto, as famílias desempenham um papel crucial, oferecendo amor, apoio e cuidados incomparáveis aos entes queridos que enfrentam doenças terminais. Desafios culturais e sociais também estarão em destaque, pois compreender a diversidade de crenças, práticas e perspectivas em um país tão vasto quanto o Brasil é fundamental para proporcionar suporte eficaz às famílias.

INTRODUÇÃO

A terminalidade é caracterizada por uma série de mudanças físicas, psicológicas e sociais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a terminalidade como "o período de tempo que antecede a morte, quando o indivíduo apresenta uma doença grave ou incurável e uma expectativa de vida limitada". A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) também define terminalidade como "o período de tempo que antecede a morte, quando o indivíduo apresenta uma doença grave ou incurável e uma expectativa de vida limitada". O Instituto Nacional de Câncer (INCA) define a terminalidade como "o estágio final da vida, quando o indivíduo apresenta uma doença grave ou incurável e uma expectativa de vida limitada" (Cordeiro *et al.*, 2020).

As mudanças físicas durante a terminalidade podem ser significativas. O indivíduo pode apresentar perda de peso, perda de força muscular, alterações na pele e mucosas, alterações no ritmo cardíaco e respiratório, e alterações na função renal e hepática. Nesse contexto, as mudanças psicológicas durante a terminalidade também podem ser significativas. O indivíduo pode apresentar sentimentos de medo, ansiedade, tristeza, raiva e culpa. Ele também pode experimentar mudanças na percepção de si mesmo, do mundo e da morte (HUI *et al.*, 2014).

As mudanças sociais durante a terminalidade também podem ser significativas. O indivíduo pode se afastar de atividades sociais e familiares, e pode começar a se preparar para a morte (Cordeiro *et al.*, 2020). Os cuidados paliativos são um tipo de tratamento que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares durante a terminalidade, que incluem alívio dos sintomas, apoio emocional e espiritual, e orientação para o fim da vida (Salins *et al.*, 2018).

Em todo o mundo, a assistência às famílias em situação de terminalidade é um desafio. A falta de acesso a cuidados paliativos, a dificuldade de comunicação entre profissionais de saúde e familiares, e o estigma associado à morte são alguns dos fatores que dificultam a assistência às famílias em situação de terminalidade (Cordeiro *et al.*, 2020). Este capítulo abordará a terminalidade e a assistência às famílias. Serão discutidas as definições de terminalidade, as mudanças psicológicas e sociais que ocorrem nas famílias durante esse processo.

COMPREENDENDO A TERMINALIDADE

A terminalidade refere-se ao conceito de aproximação do fim da vida, tipicamente associado a uma doença terminal que não pode ser curada e que levará à morte. A definição de doença terminal varia, mas é geralmente entendida como uma condição que não pode ser curada e que pode causar a morte.

O prazo específico para uma doença terminal pode variar, com algumas definições sugerindo uma expectativa de vida de seis meses ou menos, enquanto outras não fornecem um prazo específico (Salins *et al.*, 2018).

O fim da vida é definido como o período em que uma pessoa se aproxima da morte, tipicamente caracterizado por um declínio nas capacidades físicas e mentais, aumento da dependência de outras pessoas e necessidade de cuidados paliativos para controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida (HUI *et al.*, 2014). O conceito de morte ativa é frequentemente usado para descrever as horas ou dias finais da vida de uma pessoa, caracterizados por sinais e sintomas únicos que sinalizam a morte iminente (Salins *et al.*, 2018).

Doença terminal e cuidados de fim de vida são conceitos importantes em cuidados paliativos, que se concentram em proporcionar conforto, dignidade e qualidade de vida a pacientes com doenças que limitam a vida. Os cuidados paliativos podem ser prestados em qualquer fase de uma doença terminal e podem ser administrados em conjunto com tratamentos curativos ou como foco principal do cuidado quando os tratamentos curativos não são mais eficazes (HUI *et al.*, 2014).

O PAPEL DAS FAMÍLIAS NO CUIDADO TERMINAL

O papel das famílias no cuidado dos pacientes na fase final da vida é crucial e multifacetado. Eles desempenham um papel significativo de apoio emocional, proporcionando segurança, amor e companheirismo aos seus entes queridos. As famílias podem ajudar a melhorar a qualidade de vida e a experiência de fim de vida, ajudando no planejamento do fim da vida, incluindo o planejamento financeiro e discutindo tópicos desconfortáveis relacionados com a morte e o morrer (Salins *et al.*, 2018). Conversas precoces sobre cuidados de fim de vida podem ajudar a prevenir incertezas e construir confiança entre familiares e prestadores de cuidados de saúde (Steele *et al.*, 2015).

Os membros da família muitas vezes atuam como importantes defensores nos cuidados paliativos, comunicando-se com profissionais de saúde, médicos de cuidados primários e outros serviços de apoio comunitário. Eles podem ajudar a garantir que os desejos sejam respeitados em relação às intervenções médicas, ao local da morte e a outras decisões importantes (Bequé *et al.*, 2021).

Além disso, as famílias podem contar com cuidados e apoio práticos, como ajudar o enfermo a continuar a desfrutar das suas atividades favoritas e a controlar os sintomas por meio do auxílio de profissionais de saúde especializados. Os enfermeiros de cuidados domiciliários dependem frequentemente de cuidadores familiares para prestar cuidados práticos, tornando essencial o seu

papel nos cuidados de fim de vida, podendo apoiar a família, fornecendo educação prática sobre as tarefas de cuidado, discutindo o que esperar durante o processo de morte e oferecendo apoio emocional. Além disso, também podem ajudar com necessidades emocionais e existenciais difíceis, encaminhando-os para outros profissionais, como prestadores de cuidados espirituais (Steele et al., 2015).

No geral, as famílias desempenham um papel vital no cuidado dos pacientes na fase final da vida, fornecendo apoio emocional, prático e de defesa que pode impactar significativamente a qualidade de vida e a experiência de fim de vida do seu ente querido, paralelamente aos cuidados da equipe de saúde. (Kristjanson et al., 2004).

IMPACTO EMOCIONAL E PSICOLÓGICO DA TERMINALIDADE NAS FAMÍLIAS

O impacto emocional e psicológico da doença terminal nas famílias pode ser significativo e duradouro, afetando o seu bem-estar físico, mental e financeiro. O diagnóstico de doença terminal em um membro pode provocar sentimentos de perda ou ameaça de perda, levando ao luto, depressão e ansiedade. Estudos comprovam que aproximadamente metade dos cuidadores relataram sofrimento moderado ou grave, com taxas de prevalência de ansiedade e depressão de 47% e 39%, respectivamente (HUI et al., 2014).

O fardo de cuidar de um ente querido com doença terminal pode influenciar a forma como os pacientes procuram cuidados, tomam decisões sobre os seus cuidados e vivenciam a morte. O medo de ser um fardo para a família é uma preocupação comum entre pacientes com doença terminal (Oechsle et al., 2019).

Os cuidadores familiares, muitas vezes chamados de “pacientes ocultos”, podem sentir angústia psicológica e culpa se não conseguirem confortar o paciente ou obter a assistência médica necessária. A carga de cuidar pode afetar negativamente os membros da família que não possuem recursos adequados ou que estão mal preparados para o papel de cuidador (Johnson et al., 2009).

Os cuidadores mais jovens, especialmente aqueles em famílias com crianças menores de 18 anos, correm um risco maior de sofrer um luto complicado antes da perda, indicando a necessidade de serviços de aconselhamento. Filhos de pacientes com câncer em estado terminal podem apresentar depressão, ansiedade, problemas de sono, fadiga e aumento do risco de mortalidade (Oechsle et al., 2019).

Profissionais especializados, como psicólogos, podem desempenhar um papel fundamental em famílias com presença de pacientes em cuidados terminais, prestando serviços preventivos ao intervir eficazmente no momento apropriado (Kobayakawa *et al.*, 2017).

O SUPORTE ÀS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA TERMINALIDADE

A melhoria do apoio às famílias no contexto da doença terminal pode ser conseguida por meio de diversas estratégias. Em primeiro lugar, as intervenções centradas na família em cuidados paliativos necessitam de mais investigações para identificar formas adequadas e eficazes de proporcionar um apoio familiar ideal. Embora as intervenções existentes tenham demonstrado uma eficácia modesta, é necessária mais investigação para abordar a heterogeneidade das suas características e melhorar a sua eficácia (HUI *et al.*, 2014).

Sabe-se, no entanto, que a assistência financeira pode melhorar significativamente o apoio às famílias de pacientes terminais. Os encargos financeiros associados a estas patologias, como contas de serviços públicos, hipotecas, compras e artigos de saúde, podem ser esmagadores para as famílias. Assim, a prestação de assistência financeira pode ajudar a aliviar estes encargos e permitir que as famílias se concentrem em viver e valorizar momentos entre os seus (Areia *et al.*, 2020).

É crucial compreender e abordar as necessidades emocionais e psicológicas das famílias. Os filhos de pais com doenças terminais muitas vezes lutam para resistir e se libertar, sentindo a pressão da lealdade dupla para com os pais e as próprias famílias jovens. Fornecer apoio às famílias para lidarem com estes desafios pode ajudar a melhorar a sua qualidade de vida e propiciar um luto menos estendido (Johnson *et al.*, 2009).

A ajuda externa pode ser inestimável durante este período estressante. Contratar uma secretária, entregar mantimentos e recorrer a organizações comunitárias em busca de voluntários pode ajudar a aliviar alguns dos encargos práticos de cuidar de um membro da família em terminalidade de vida (Steele *et al.*, 2015).

Por último, também é importante compreender as necessidades emocionais e psicológicas da pessoa com doença terminal. Eles podem experimentar uma série de emoções após um diagnóstico, incluindo medo, ansiedade, raiva, culpa, tristeza e solidão. Incentivar um membro da família ou amigo atencioso a ouvir os seus pensamentos e sentimentos sem tentar mudá-los pode ser uma resposta útil. Em resumo, melhorar o apoio às famílias no contexto da doença terminal envolve abordar as necessidades

práticas e emocionais, fornecer assistência financeira e realizar mais investigação sobre intervenções centradas na família em cuidados paliativos (Areia *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Para facilitar o enfrentamento e moderar o impacto da perda, as famílias precisam de apoio e assistência. Os assistentes sociais e outros profissionais de saúde mental podem iniciar essas conversas como uma parte normativa do ciclo de vida. A assistência às famílias no contexto da doença terminal é crucial para enfrentar os desafios financeiros, emocionais e práticos que as famílias enfrentam durante este período difícil. A prestação de assistência financeira, intervenções centradas na família/cuidador em cuidados paliativos e apoio às crianças pode ajudar a melhorar o bem-estar das famílias e garantir que os últimos dias dos seus entes queridos sejam tão confortáveis e pacíficos quanto possível.

REFERÊNCIAS

Areia et al. Support interventions for families of people with terminal cancer in palliative care. *Palliat Support Care*, v. 18, n. 5, p. 580-588, 2020.

Bequé et al. How nurses support family caregivers in the complex context of end-of-life home care: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, v. 20, n. 162, 2021.

Cordeiro et al. Definitions for “palliative care”, “end-of-life” and “terminally ill” in oncology: a scoping review. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, v.9, n.2, p. 205-228, 2020.

HUI et al. Concepts and Definitions for “Actively Dying,” “End of Life,” “Terminally Ill,” “Terminal Care,” and “Transition of Care”: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*, v. 47, n. 1, p. 77-89, 2014.

Johnson et al. Patients’ Experiences of Being a Burden on Family in Terminal Illness. *J Hosp Palliat Nurs*, v. 9, n. 5, p. 264-269, 2007.

Kristjanson et al. Palliative Care for Families: Remembering the Hidden Patients *Can J Psychiatry*, v. 49, n. 6, 2004.

Kobayakawa et al. Psychological and psychiatric symptoms of terminally ill patients with cancer and their family caregivers in the home-care setting: A nation-wide survey from the perspective of bereaved family members in Japan. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 103, p. 127-132, 2017.

Oechsle et al. Psychological burden in family caregivers of patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient palliative care. *BMC Palliative Care*, v. 18, n. 102, 2019.

Salins et al. Definition of Terms Used in Limitation of Treatment and Providing Palliative Care at the End of Life: The Indian Council of Medical Research Commission Report. *Indian J Crit Care Med*, v. 22, n. 4, p. 249-262, 2018.

Steele et al. Supporting Families in Palliative Care. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/med/9780190244132.003.0003>. Acesso em: 10 dez. 2023.

Capítulo 23



10.37423/240408955

CUIDADOS EM FIM DE VIDA

Laís Corrêa Renhe Marcondes

Ana Laura Monteiro Horta Cardoso

Lorena Marques Costa

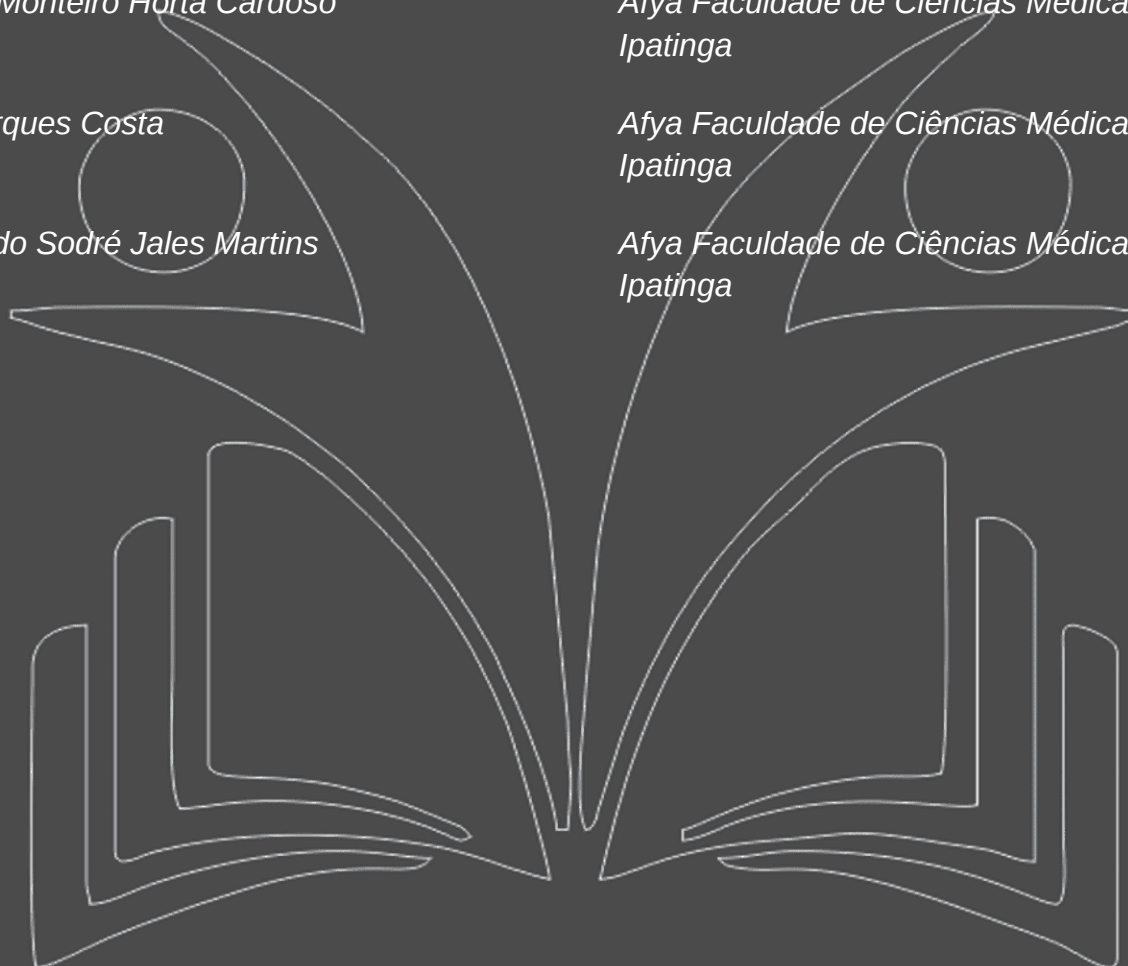
Luis Eduardo Sodré Jales Martins

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga

Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga



PREFÁCIO

O fim da vida é um dos momentos mais delicados e de maior vulnerabilidade na vida de um indivíduo, o qual pode estar repleto de sentimentos que tornam o processo ainda mais doloroso e aumentam o sofrimento do paciente: medo, insegurança, arrependimento, desesperança. Nessa perspectiva, devido ao avanço tecnológico existente, muitos ainda são destinados a cumprir seu período final em unidades de terapia intensiva e com tratamentos invasivos que na maioria das vezes mudam pouco o prognóstico e desfecho final, contribuindo para que o peso da doença seja ainda maior por não poder compartilhá-lo com a família. E, é nessa perspectiva, que os cuidados realizados no final da vida e na fase tardia de doenças graves merecem a devida atenção e ponto de destaque nesse livro para compreensão de como é esse acompanhamento, os reflexos na vida das pacientes e dos familiares.

INTRODUÇÃO

As doenças ameaçadoras da vida, independente do caráter tempo, com ou sem possibilidade de melhora do prognóstico, trouxeram a necessidade de um olhar para o cuidado amplo e complexo em que haja interesse pelo amparo integral na vida do paciente com respeito ao seu sofrimento e de seus familiares- cuidados paliativos. O termo paliativo é derivado do latim , no qual “*pallium*” significa capa e está relacionado ao casaco de lã que os pastores de ovelhas utilizam para enfrentar o frio e o clima inconstante (Kovács, 1999). Nesse viés, é possível correlacionar tal definição com os cuidados paliativos uma vez que são de suma importância para auxiliar os pacientes e familiares a lidar com as instabilidades no fim de vida, além de conferir proteção e estimular o vínculo afetivo nessa fase. É válido ressaltar que esse deve ser ofertado em qualquer ponto da rede de atenção à saúde e a qualquer indivíduo que necessitar conforme Manual de Cuidados Paliativos (2020).

Assim como dito em Silva (2017), o adoecimento para o ser humano é uma experiência complexa e subjetiva que compromete várias esferas da vida, como o significado relativo da espiritualidade e da morte, mostrando a importância da fé para o enfrentamento da doença durante todo o seu curso, principalmente no quesito resiliência. Por isso, esse e outros pontos são considerados relevantes na prática dos cuidados em fim de vida, sendo importante todos os estímulos para que façam o paciente ter esperança, tranquilidade, e o ajude a aliviar a dor desse momento tão intenso e sofrido.

Dessa forma, o tratamento e o cuidado no fim de vida devem ser individualizados e levar em consideração o que a família e o que o paciente deseja. A abordagem segue os princípios gerais dos Cuidados Paliativos, que são:

- Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispnéia e outras emergências oncológicas.
- Reafirmar vida e a morte como processos naturais.
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente.
- Não apressar ou adiar a morte.
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente.

- Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte.
- Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA AMENIZAR SOFRIMENTO

A estratégia focalizada na emoção é definida como um esforço para regular o estado emocional que está associado ao estresse. Esses esforços são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo. A principal função dessa estratégia é reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse .

Já a estratégia focalizada no problema constitui-se num esforço para atuar na situação que originou o estresse. A função dessa estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão. A utilização de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ou na emoção depende da avaliação cognitiva. A condição necessária para a boa adaptação a uma situação constrangedora ou potencialmente traumática depende da necessidade de adaptação de uma nova realidade dos pacientes. O enfrentamento centrado na emoção é uma alternativa considerada como uma "reavaliação cognitiva", pois o indivíduo realiza uma série de manobras cognitivas com o objetivo de modificar o significado da situação, não importando se isso é feito de forma realista ou com distorção da realidade.

Ademais, vale destacar o planejamento e execução de reuniões familiares como uma estratégia fundamental durante os cuidados em fim de vida, momento em que é possível compartilhar informações, decisões, ouvir a família e responder aos seus questionamentos, auxiliar na resolução de problemas e planejamento de cuidados, bem como oferecer suporte sobre decisões de suspensão ou não de medidas invasivas (HUDSON et al., 2008; SILVA et al, 2018). Esse momento traz segurança, sentimento de cuidado e possibilidade dos familiares se reconhecerem como parcela importante dos cuidados prestados ao paciente durante toda a evolução (MCP, 2020).

Outra alternativa que é fundamental nesse processo é o acompanhamento psicológico desses pacientes. O acolhimento psicológico, para expressar os sentimentos e angústias dos pacientes tem sido considerado como uma forma complementar de enfrentamento às doenças em estágio terminal. Vários estudos referentes ao câncer de mama, por exemplo, comprovam que pacientes que participam de atendimento psicológico possuem um melhor ajustamento à doença, redução dos

distúrbios emocionais (como ansiedade e depressão), melhor adesão ao tratamento e diminuição dos sintomas adversos associados ao câncer e aos tratamentos, podendo até obter um aumento no tempo de sobrevida. A atuação do psicólogo neste campo é muito recente e pouco conhecida, mas que é indispensável durante essa fase.

A radioterapia é um tratamento localizado, que usa radiação ionizante, produzida por aparelhos ou emitida por radioisótopos naturais que também pode ser uma aliada nos cuidados terminais. É, na sua grande maioria, feita em regime ambulatorial. A dose total é fracionada em aplicações diárias por um período variável de até dois meses. Sua indicação no tratamento do câncer ocorre em três situações: Quando não há outro tratamento curativo; quando a terapia alternativa é considerada tóxica ou como função paliativa em casos avançados. Tem como finalidade a interrupção do crescimento e reprodução de células cancerosas e normais. Como as células malignas crescem rapidamente, muitas delas passam por divisão e tornam-se mais susceptíveis à radioterapia do que as células normais. Pacientes oncológicos submetidos à radioterapia, também necessitam de cuidados específicos de enfermagem. O papel desse último grupo, portanto, é ajudar os pacientes não só a lidar com os efeitos colaterais como também com problemas emocionais, oferecendo o suporte necessário durante a radioterapia.

BIOTECNOLOGIA X CUIDADOS PALIATIVOS

Um outro ponto importante a se destacar é o conflito muitas vezes associado aos desenvolvidos recursos tecnológicos e os cuidados ditos como minimizados no fim de vida. Na verdade, ambos não são variáveis divergentes e é indiscutível a presença e importância dos avanços da biotecnologia no processo de cuidado terminal e paliativo, bem como em momentos que o antecederam. Hoje, torna-se imprescindível o reconhecimento de que os cuidados paliativos constituem uma modalidade de tratamento altamente intervencionista que conta com avançadas propostas farmacológicas, instrumentais para obter controle dos sintomas dos pacientes, buscando ser uma resposta ativa e em constante atualização aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e degenerativa sem que exista intuito de melhora do prognóstico orgânico.

Dessa forma, como dito em Burlá (2014), combina de maneira harmônica a ciência com o humanismo. e é essencial que os profissionais tenham um amadurecimento para perceber as demandas do seu paciente, assim como conhecer profundamente as doenças envolvidas e as possibilidades de intervenção, farmacológicas e não farmacológicas e, assim, evitem intervenções desnecessárias.

QUALIDADE DE VIDA NA TERMINALIDADE

A qualidade de vida em pacientes terminais não se limita apenas a ausência de dor. Ela envolve o conforto emocional, a capacidade de passar tempo com entes queridos, realizar atividades significativas e manter a dignidade. Trata-se de um cuidado integral com enfoque no alívio do sofrimento geral e requer a identificação da dor, sua avaliação e tratamento, além de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual para proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Em um contexto amplo, a qualidade de vida deve considerar a questão cultural, sistema de valores nos quais vive e a relação dos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1994).

O APOIO FAMILIAR COMO PONTO PRINCIPAL NOS CUIDADOS EM FIM DE VIDA

O apoio familiar em pacientes terminais é de extrema importância. Quando há um paciente em fase terminal de uma doença, a família desempenha um papel crucial. Além de companhia, oferecem conforto emocional, auxiliam nas necessidades práticas do paciente, como cuidados de higiene e administração de medicamentos, além de proporcionar companhia e suporte emocional. É importante lembrar que o paciente terminal, diante de uma doença incurável, passa por cinco estágios ou algum deles, como a negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. O profissional enfermeiro interage com o indivíduo nesses estágios. Logo, a terminalidade pode ser considerada em muitos estudos como a fase mais difícil para o ser humano em que, em meio a muitas tecnologias, tratamentos, tentativas, a certeza da morte se torna cada dia mais presente em seu dia a dia e, por isso, o apoio e vínculo familiar durante esse processo é fundamental (COROPES et al., 2016).

MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Aproximadamente 90 % das mortes de pacientes com câncer de mama estão relacionadas ao estadiamento avançado da doença, as quais são decorrentes do diagnóstico e do tratamento tardio. O câncer avançado (CA) se torna progressivo e incurável, resultando no declínio da capacidade funcional, no aumento da carga de sintomas, comprometendo significativamente a qualidade de vida.

Bem como apresentado em textos anteriores, o tratamento idealmente ofertado para essas pacientes nas condições avançadas é a terapêutica paliativa (TP) e/ou o cuidado paliativo (CP). A TP objetiva minimizar os sintomas, controlar os efeitos colaterais e melhorar a QV, porém sem prolongar a

sobrevida no CA de mama podendo contar com o uso de tratamentos sistêmicos (quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia), a radiação e a cirurgia.

É preciso ressaltar que as concepções de cuidados paliativos estão ancoradas numa filosofia de cuidados que promovem a qualidade de vida de pacientes e seus familiares no enfrentamento de doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Trata-se de um cuidado integral com enfoque no alívio do sofrimento e requer a identificação da dor, sua avaliação e tratamento, além de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual para proporcionar uma melhor qualidade de vida da mulher no fim de sua vida (TELLES, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, concluímos sobre a necessidade de um olhar mais detalhado e um maior investimento a ser direcionado aos cuidados em final de vida devido a sua importância nessa fase da vida não só para o paciente, mas também para os familiares, garantindo uma terminalidade digna e respeitosa.

Diante disso, a busca contínua por aprimoramento nos cuidados paliativos e expansão dessa prática é uma prioridade, com objetivo de promover a todos a qualidade de vida ideal no período final da vida em caso de doenças terminais e processos longos de cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES RSF, et al. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicol cienc prof* [Internet]. 2019;39:e185734

BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados Paliativos: ciência e proteção em fim de vida. *Caderneta de Saúde Pública*, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Qk78VZJ3PtXbq8FZGjPJbZD/?format=pdf&lang=pt>

CASTRO MCF, et al. Total pain and comfort theory: implications in the care to patients in oncology palliative care. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021;42:e20200311.

CECCONELLO L, et al. Condutas éticas e o cuidado ao paciente terminal. *Rev Bioét* [Internet]. 2022Apr;30(2):405–12.

FREIRE MEM, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. MENDES PB, et al. Perfil do médico que atua em cuidados paliativos no Brasil. *Rev Bioét* [Internet]. 2022Oct;30(4):837–49.

LORENCETTI, A. SIMONETTI, J. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/y55TpK9hMXkWjzZnzZmsPmN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em : 08 de Dez. de 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Cuidados Paliativos, 2020. Disponível em: 08 de dez, 2023. Acesso em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 2012. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/rbefe/a/4jdhpVLrvjx7hwshPf8FWPC/?format=pdf&lang=pt>

QUINTAL V, REIS-PINA P. Animal-Assisted Therapy in Palliative Care. *Acta Med Port*. 2021 Oct 1;34(10):690- 692. doi: 10.20344/amp.13164. Epub 2020 Sep 15.

SILVA IBS, et al. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2020; 66(3): e-121122.

SILVA, S.; M.; A. Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos

Cuidados Paliativos . *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2016. Acesso em:<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/338/223>

TELLES, A. C.; BENTO, P. A. S. S.; CHAGAS, M. C. Transição para o cuidado paliativo de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.74, n.5, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/Xmkt3CRxtbHsnhT57TkCgxp/?format=pdf&lang=pt>.

GUIA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Marita de Novais Costa Salles de Almeida
Ana Carolina Lima Barros
Fabiano Moreira da Silva
Bárbara Martins Mello de Oliveira



EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE