

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Prevenção e Promoção de Saúde 2

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Prevenção e Promoção de Saúde 2

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P944	Prevenção e promoção de saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Prevenção e promoção de saúde; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-828-1 DOI 10.22533/at.ed.281190912 1. Política de saúde. 2. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série. CDD 362.1
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” é uma obra composta de onze volumes que apresenta de forma multidisciplinar artigos e trabalhos desenvolvidos em todo o território nacional estruturados de forma à oferecer ao leitor conhecimentos nos diversos campos da prevenção como educação, epidemiologia e novas tecnologias, assim como no aspecto da promoção à saúde girando em torno da saúde física e mental, das pesquisas básicas e das áreas fundamentais da promoção tais como a medicina, enfermagem dentre outras.

O segundo volume desta coleção tem como direcionamento uma área fundamental que se destaca entre a mais importante quando o assunto é prevenção em saúde e/ou promoção de saúde. A enfermagem, desde o seu surgimento até os dias atuais diante da grande evolução técnico-científica, carrega consigo a responsabilidade de imprimir em seus profissionais todos os aspectos inerentes à prevenção e promoção de saúde.

Portanto apresentaremos neste material um agregado organizado de forma estruturada e lógica produzido por profissionais da enfermagem, ou que se relacionam diretamente às sub-áreas onde esses profissionais estão inseridos. Cada capítulo possui seu aspecto singular e inerente, mas que coopera de forma direta com a obra em seu amplo aspecto.

Assim, a coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” apresenta uma teoria bem fundamentada seja nas revisões, estudos de caso ou nos resultados práticos obtidos pelos pesquisadores, técnicos, docentes e discentes que desenvolveram seus trabalhos aqui apresentados. Ressaltamos mais uma vez o quão importante é a divulgação científica para o avanço da educação, e a Atena Editora torna esse processo acessível oferecendo uma plataforma consolidada e confiável para que diversos pesquisadores exponham e divulguem seus resultados.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA URGÊNCIA OBSTÉTRICA	
Ellizama Belem de Sousa Mesquita	
Tatyanne Silva Rodrigues	
Elliady Belem de Sousa Mesquita	
Edson Belem de Sousa Mesquita	
Elanea Brito dos Santos	
Michelly Gomes da Silva	
Marcos Vinicius de Sousa Fonseca	
Larissa Bezerra Maciel Pereira	
Avilnete Belem de Souza Mesquita	
Artur Flamengo dos Santos Oliveira	
Carla Adriana Rodrigues de Sousa Brito	
DOI 10.22533/at.ed.2811909121	
CAPÍTULO 2	12
A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	
Márcio Soares de Almeida	
Fernanda Cajuhy dos Santos	
Pedro Henrique Costa Silva	
Verônica Oliveira da Silva Heleno	
Mariana Pitanga Carvalhal de Oliveira	
Fernanda Rocha Costa Lima	
Lucille Andrade Paiva Espinheira	
DOI 10.22533/at.ed.2811909122	
CAPÍTULO 3	23
ACOLHIMENTO DO ENFERMEIRO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA	
Luzia Neri dos Reis	
Leonilson Neri dos Reis	
Ernando Silva de Sousa	
Isabel Luísa Rodrigues de Sousa Viana	
Juliana Falcão da Silva	
Jucélia de Brito Lima	
Lindamaria de Oliveira Miranda	
Jailson Pereira de Sousa	
Priscila Geise Gomes	
Erinalva de Araújo Silva	
Brígida Mendes dos Santos	
Cleidiomar da Conceição Sousa Freitas	
Ana Carolina Amorim de Sousa	
Naiane de Sousa Silva	
Sayonnara Ferreira Maia.	
DOI 10.22533/at.ed.2811909123	
CAPÍTULO 4	39
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	
Jéssica Santos Cândido da Silva	
Claudia Fabiana Lucena Spindola	
Julia Taynan Etelvino de Barros	
Maryane Martins Barros	
Alexsandro Rodrigues de Sena	
Ana Maria Tavares de Melo	

CAPÍTULO 5 43

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA NO PERÍODO GESTACIONAL:
REVISÃO INTEGRATIVA**

Tatiana Carneiro de Resende
Leonardo dos Santos Moreira
Mônica Bimbatti Nogueira Cesar
Mayla Silva Borges
Richarlisson Borges de Moraes
Kleber Gontijo de Deus
Bárbara Dias Rezende Gontijo

DOI 10.22533/at.ed.2811909125

CAPÍTULO 6 52

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO

Iolete Araujo da Silva
Márcia Fernanda de Sousa Abreu
Michelle Diana Leal Pinheiro Matos
Francisco Lucas de Lima Fontes
Luan da Silva Moraes
Alexsandra Maria Ferreira de Araújo Bezerra
Anderson de Assis Ferreira
Teresa Raquel de Carvalho Castro Sousa
Eduardo de Lacerda Aguiar
Luanna Sousa de Moraes Lima
Dannyel Rogger Almeida Teixeira
Flaviana Mutran da Silva Barros

DOI 10.22533/at.ed.2811909126

CAPÍTULO 7 60

**ATUAÇÃO DO MÉDICO E ENFERMEIRO NAS ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Mariana Farias Gomes
Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos
Annick Fontbonne
Eduarda Ângela Pessoa Cesse

DOI 10.22533/at.ed.2811909127

CAPÍTULO 8 72

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE PORTADORA DA SÍNDROME DE SJÖGREN

AdrielleTayany de Souza Pedrosa
Alana Laleska Azevedo Cavalcanti
Amanda Lourena Moraes Arruda
Andreia Lopes Ferreira de Lima
Andreza Cabral da Silva
Bárbara Gabriela Galdino dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.2811909128

CAPÍTULO 9 81

**DOULAS VOLUNTÁRIAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA: RESGATE E HUMANIZAÇÃO DO
PARTO NATURAL**

Vilma Maria de Santana
Mauricélia Ferreira Mendes

Kelly de Albuquerque Medeiros
Rosália Maria Ribeiro
DOI 10.22533/at.ed.2811909129

CAPÍTULO 10 88

ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E O PARTO HUMANIZADO: CONTRIBUIÇÕES PARA VIVÊNCIA DO PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Vilma Maria de Santana
Tatiana Ferreira do Nascimento
Rosália Maria Ribeiro
Beatriz Michaelle Cavalcanti dos Santos
Wanessa Marcella Barros Firmino
Mauricélia Ferreira Mendes

DOI 10.22533/at.ed.28119091210

CAPÍTULO 11 99

LESÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO DA ENFERMAGEM

Francisco das Chagas Araújo Sousa
Kadja Fernanda Tinoco
Lennara de Siqueira Coelho
Alessandra Kelly Freire Bezerra
Bianara Raelly Duarte Ibiapina dos Santos
Francirraimy Sousa Silva
Lorena Rocha Batista Carvalho
Marcelo de Moura Carvalho
Eduardo Vidal de Melo
Emmanuel Alves Soares

DOI 10.22533/at.ed.28119091211

CAPÍTULO 12 114

O ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O CUIDADO DE HOMENS COM ÚLCERAS VENOSAS

Patrícia Alves dos Santos Silva
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Roberto Carlos Lyra da Silva
Déborah Machado dos Santos
Dayse Carvalho do Nascimento
Thays da Silva Gomes Lima

DOI 10.22533/at.ed.28119091212

CAPÍTULO 13 129

OS EFEITOS NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA AO VIVENCIAREM O GRUPO “PUCALHAÇOS”

Valquíria Neves Perin
Fernanda de Oliveira Barros
Dirce Setsuko Tacahashi

DOI 10.22533/at.ed.28119091213

CAPÍTULO 14 145

PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUANTO AO AMBIENTE ESTRUTURAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE BELÉM

Hellen de Paula Silva da Rocha

DOI 10.22533/at.ed.28119091214

CAPÍTULO 15	152
PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO AO PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PÓS PARADA CARDIOPULMONAR	
<ul style="list-style-type: none"> Julia Taynan Etelvino de Barros Claudia Fabiana Lucena Spindola Jéssica Santos Cândido da Silva Maryane Martins Barros 	
DOI 10.22533/at.ed.28119091215	
CAPÍTULO 16	164
PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM ENFERMARIA	
<ul style="list-style-type: none"> Juliana Rodrigues Teixeira Madeleine Sales de Alencar Fabiana Vasconcelos do Nascimento Ianna Lacerda Sampaio Braga Tadeu Gonçalves de Lima 	
DOI 10.22533/at.ed.28119091216	
CAPÍTULO 17	197
RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES EDUCACIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA CRECHE FILANTRÓPICA DE MANAUS	
<ul style="list-style-type: none"> Roselaine Brum da Silva Soares Arinete Veras Fontes Esteves Elaine de Oliveira Vieira Caneco Itelvina Ribeiro Barreiros Aldenira de Carvalho Caetano 	
DOI 10.22533/at.ed.28119091217	
CAPÍTULO 18	204
SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA DAS AÇÕES DE CUIDADO PROMOVIDAS PELA ENFERMAGEM	
<ul style="list-style-type: none"> Leticia Silveira Cardoso Francielle Morais de Paula Josefine Busanello Bruna Roberta Kummer 	
DOI 10.22533/at.ed.28119091218	
CAPÍTULO 19	215
SOFRIMENTO MORAL: TENDÊNCIAS DAS PESQUISAS DE ENFERMAGEM	
<ul style="list-style-type: none"> Maicon Facco Daíse dos Santos Vargas Marcos Antonio de Azevedo de Campos Cleber Bisognin 	
DOI 10.22533/at.ed.28119091219	
CAPÍTULO 20	222
TEORIA DO CONFORTO COMO SUBSÍDIO PARA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE	
<ul style="list-style-type: none"> Ana Maria Martins Pereira Antonia de Maria Gomes Paiva Sibele Lima Costa Janaína da Silva Feitoza Palácio Laura Pinto Torres de Melo Ana Beatriz Diógenes Cavalcante 	

Lanna Maria Faustino de Sousa Batista

Sayonara Aquino de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.28119091220

CAPÍTULO 21 234

TRABALHO EM EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PRÁTICAS ESPECÍFICAS DO CAMPO DE ATUAÇÃO E PRÁTICAS EXTRAFUNCIONAIS

Rute Lopes Bezerra

Arcanjo de Sousa Silva Junior

Aline Mesquita Lemos

Francisco Daniel Brito Mendes

Helder de Pádua Lima

Maria Salete Bessa Jorge

Raianne de Sousa Pereira

Sarah Raquel Rebouças Fernandes Campos

Suianne Braga de Sousa

Vanessa Almeida Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.28119091221

SOBRE O ORGANIZADOR..... 239

ÍNDICE REMISSIVO 240

PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM ENFERMARIA

Juliana Rodrigues Teixeira

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-CE

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6231425299498589>

Madeleine Sales de Alencar

Hospital Geral de Fortaleza
Fortaleza -CE

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0627531573926103>

Fabiana Vasconcelos do Nascimento

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3741014227168147>

Ianna Lacerda Sampaio Braga

Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0298-3456>

Tadeu Gonçalves de Lima

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza-Ceará

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5018828401990362>

RESUMO: Os Cuidados Paliativos (CP) são indicados para todo paciente que tenha uma doença grave e ameaçadora da vida, com o objetivo de proporcionar qualidade de vida

ao paciente e a seus familiares. Para que os CP cheguem a todos é primordial a aplicação desses conhecimentos na prática diária de enfermarias de medicina interna e das mais diversas especialidades (OMS). É um desafio protocolar uma área da medicina que se baseia em avaliar de maneira tão peculiar e individual. Mas é necessário transpor as barreiras à prestação desses cuidados de alta qualidade. Neste capítulo abordaremos alguns conceitos e sugestões, para clínicos, cirurgiões, obstetras e intensivistas, de ferramentas que auxiliam na avaliação prognóstica do paciente, comunicação terapêutica dos principais sintomas e plano de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos. Manejo de sintomas. Cuidados paliativos em enfermaria.

WARD PALLIATIVE CARE PROTOCOL

ABSTRACT: Palliative Care (PC) are indicated for every patient who has a serious and life threatening disease, with the goal of providing quality of life to the patient and his family members. In order for PC to reach everyone, it is essential to apply this knowledge in the daily practice of internal medicine wards and various specialties (WHO). It is a challenge to protocol an area of medicine that is based on evaluating

in such a peculiar and individual way. But it is necessary to overcome the barriers to providing such high quality care. In this chapter we will discuss some concepts and suggestions for clinicians, surgeons, obstetricians and intensivists, of tools that help in the patient prognostic assessment, therapeutic communication of the main symptoms and care plan.

KEYWORDS: palliative care, symptom management, ward palliative care.

1 | INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são indicados para todo paciente que tenha uma doença grave e ameaçadora da vida, com o objetivo de proporcionar qualidade de vida ao paciente e a seus familiares. Apesar de ser um conceito mundialmente difundido, sua implementação na prática da enfermagem e outros setores é um desafio. Para que os CP cheguem a todos é primordial a aplicação desses conhecimentos na prática diária de enfermarias de medicina interna e das mais diversas especialidades. (OMS)

Atualmente os cuidados paliativos chegam a uma pequena parcela dos que poderiam se beneficiar. Morre-se mal no Brasil (Revista the Economist). A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que os CP sejam considerados um direito humanitário, como o direito à educação, saúde etc. Isto daria o impulso necessário e inegociável para que os formuladores de políticas globais de saúde tivessem a preocupação de implementar os CP nos mais diversos campos de atendimento de saúde (GWYOTHER *et al.*, 2009).

Sabe-se que no início do adoecimento prevalecerão terapias modificadoras de doença e a demanda de controle de sintomas poderá ser mínima. Porém, à medida que a doença avança, essa situação se inverte, aumentando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para prevenir, aliviar e identificar precocemente o sofrimento em suas diversas dimensões, seja física, social e/ou espiritual (FIGURA 1). Deve-se ofertar o cuidado proporcional de acordo com a fase da evolução da doença e o contexto em que o paciente e a família estão inseridos. Essa abordagem precoce tem melhorado a qualidade de vida e, em alguns casos, também a sobrevivência. Portanto, é de suma importância que todo profissional da saúde faça o papel de disseminador dos CP e desconstrua falsas ideias, como a da indicação de CP somente para pacientes em fim de vida.

Neste capítulo, iremos abordar as principais estratégias para a identificação e o tratamento de doentes em fases avançadas de duas trajetórias.

É um desafio protocolar uma área da medicina que se baseia em avaliar de maneira tão peculiar e individual. Mas é necessário transpor as barreiras à prestação desses cuidados de alta qualidade. (LAIRD, 2015). Abordaremos alguns conceitos

e sugestões, para clínicos, cirurgiões, obstetras e intensivistas, de ferramentas que auxiliam na avaliação prognóstica do paciente, comunicação terapêutica dos principais sintomas e plano de cuidados.

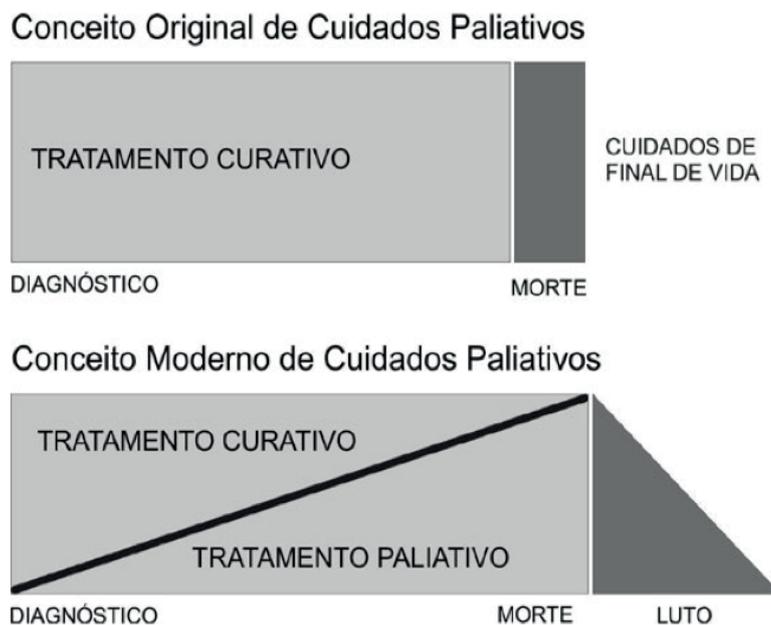


Figura 1 - Intervenções terapêuticas nos cuidados paliativos

Fonte: HIGGINSON, 2015.

Admissão: quem é o paciente elegível para cuidados paliativos?

A maioria dos pacientes admitidos na enfermaria são provenientes da emergência ou dos serviços ambulatoriais. Muitas vezes internados para investigação, ou seja, talvez o primeiro contato com a pior notícia de sua vida. Outros setores prováveis são Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e outras enfermarias.

Pode ser utilizada a ferramenta SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) para identificar pacientes que podem precisar de CP. Apresenta seis sinais de piora da saúde além das principais doenças em suas condições avançadas como câncer, demência, fragilidade, doença neurológica, doença cardiovascular, doença respiratória, doença renal e doença hepática. Faz ainda orientações e sugestões de planejamento. Em 2016 foi validado na versão brasileira, SPICT BR (FIGURA 2) (SPICT, 2016).

<p>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.</p> <p>Procure por indicadores gerais de piora da saúde.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 		
<p>Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.</p>		
<p>Câncer</p> <p>Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer. Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.</p> <p>Demência/ fragilidade</p> <p>Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.</p> <p>Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.</p> <p>Incontinência urinária e fecal.</p> <p>Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.</p> <p>Fratura de fêmur, múltiplas quedas.</p> <p>Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.</p> <p>Doença neurológica</p> <p>Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.</p> <p>Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.</p> <p>Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.</p>	<p>Doença cardiovascular</p> <p>Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços. <p>Doença vascular periférica grave e inoperável.</p> <p>Doença respiratória</p> <p>Doença respiratória crônica grave com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. <p>Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo.</p> <p>Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.</p> <p>Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.</p>	<p>Doença renal</p> <p>Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/m) com piora clínica.</p> <p>Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.</p> <p>Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.</p> <p>Doença hepática</p> <p>Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas <p>Transplante hepático é contraindicado.</p>
<p>Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado. • Considere 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.spict.org.uk) SPICT™, abril 2016

Figura 2 - SPICT 2016

Fonte: SPICT, 2016.

A forma mais prática para identificar quem seria o paciente elegível para cuidados paliativos, é responder a pergunta-chave para cada paciente que está sob cuidados clínicos ou cirúrgicos: “Você se surpreenderia se seu paciente morresse em um ano?” Caso a resposta seja não, é importante considerar a avaliação da equipe de Cuidados Paliativos (DOWNAR, 2017).

Como prognosticar e quando devo chamar a comissão de cuidados paliativos?

Na fase inicial da doença, a abordagem deve ser realizada pela própria equipe assistente até a primeira avaliação da equipe de CP. A depender da complexidade e das demandas da equipe assistente, a equipe de CP deverá, ou não, acompanhar de maneira longitudinal. A equipe de cuidados paliativos, geralmente, acompanha os casos com mais sintomas, com necessidade de auxílio na comunicação, ou que entraram em processo de morte.

A principal ferramenta que utilizamos para prognosticar é a Palliative Performance Scale (PPS). Trata-se de uma escala de fácil aplicação, validada, capaz

de avaliar a funcionalidade e prever a trajetória da doença de base (MEDEIROS, 2014). Outras ferramentas também são utilizadas em pacientes oncológicos como KPS (Karnofsky Performance Status Scale) e ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), que podem ser aplicadas neste contexto. A partir da avaliação da funcionalidade é possível avaliar o prognóstico com a ferramenta PPI (CARVALHO, PARSONS, 2013)

O que é Cuidado Paliativo Precoce e o que devo fazer nessa fase?

O Ministério da Saúde, ciente da relevância desse assunto, publicou em novembro de 2018 a Resolução N°41, de 31 outubro de 2018, que normatiza os cuidados paliativos como parte de cuidados integrados no âmbito de Sistema Único de Saúde (SUS). Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por doença que ameace à vida, de forma aguda ou crônica, desde o diagnóstico desta condição. Nessa fase deve-se priorizar um bom vínculo profissional e paciente. Resgatar a história de vida com integração de aspectos sociais, psicológicos e espirituais. Priorizar a comunicação de alta qualidade e a construção inicial de um plano terapêutico e identificação de sintomas estressantes. Quanto mais precoce nos cuidados, maior a chance de proporcionar qualidade de vida com pacientes e familiares ativos nesse processo de finitude.

Que estratégias devo utilizar para me comunicar com alta qualidade?

As estratégias básicas de comunicação consistem no uso de perguntas abertas e no uso de elementos facilitadores para a comunicação (LEVIN; 2010; CURTIS; RUBENFELD, 2005; MORITZ, 2008; BUCKMAN, 2001). Duas estratégias importantes para lidar com as condições mais difíceis da comunicação na enfermagem são: a comunicação de más notícias através do protocolo SPIKES (BUCKMAN, 2001; ARNOLD, 2010; FISHET, 2009) e o manejo de emoções fortes (Descrença, Tristeza, Raiva, Frustração e Desesperança) através do protocolo NURSE (ARNOLD, 2010).

O protocolo SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions e Summarize) é considerado um dos instrumentos mais populares para a comunicação de más notícias (BUCKMAN, 2001). Trata-se de seis passos, que vão desde o momento da preparação para a comunicação, até os momentos após a notícia. O primeiro passo é a Preparação. Nessa etapa deve-se preparar o que será dito e uniformizar as informações entre a equipe, programando que estratégias de comunicação serão utilizadas para facilitar o entendimento, minimizando interrupções. A preparação do ambiente também é extremamente importante. Deve-se utilizar um ambiente calmo e silencioso, sem obstáculos físicos entre o

médico e o ambiente. O próximo passo é a Percepção do paciente e dos familiares com relação ao curso da doença e ao prognóstico. Esse passo é fundamental para se estruturar os próximos passos baseados nos conhecimentos adquiridos em contatos anteriores entre o paciente, os familiares e profissionais da saúde. No Convite, o profissional deve avaliar se o paciente quer ser informado ou não sobre o curso da doença. Nesse passo a honestidade é fundamental, caso o paciente deseje ser informado, a informação deve ser transmitida de forma clara, honesta, empática e com linguagem adequada, assegurando-se que o paciente compreenda os pontos fundamentais. Caso o paciente opte por não saber, deverá ser identificado alguém que possa ser informado. Apenas no quarto passo, o Conhecimento, é que o paciente, ou a pessoa escolhida por ele para receber a informação receberá a notícia, que deverá ser passada de forma clara e realista. Nessa etapa é importante confirmar que a informação foi recebida de forma coerente e corrigir os possíveis erros de compreensão. Após ser dada a má notícia, é aguardada a resposta às Emoções que o paciente expressará. É importante nessa fase o uso de estratégias empáticas como o silêncio e o toque, bem como estimular a resiliência. Pode-se fazer necessário o emprego do protocolo NURSE para manejar emoções fortes como a raiva. O último passo do protocolo é o Resumo, no qual, deve-se resumir o plano terapêutico futuro, bem como eventuais processos de retirada e limitação de terapêutica. Nessa etapa também se estabelecem planos para encontros futuros.

O protocolo NURSE (*Naming, Understanding, Respecting, Supporting e Exploring*) é um instrumento de cinco passos para o manejo de emoções fortes, nominalmente, descrença, tristeza, raiva, frustração e desesperança. O primeiro passo consiste em Nomear o sentimento como uma forma de iniciar a compreensão. Nesse passo é importante atentar à linguagem não verbal, muitas vezes mais importante que a linguagem verbal ao se tentar determinar os sentimentos dos familiares. É importante também que não haja confrontação com o paciente e os familiares. O médico deve sugerir os sentimentos, não determiná-los. A única pessoa que pode dizer o que está sentindo é a pessoa que o está sentindo. O segundo passo consiste em demonstrar Compreensão, como uma forma de iniciar a conversação. O terceiro passo é demonstrar Respeito, pelos sentimentos do paciente. Demonstre de forma verbal ou não verbal que os sentimentos que foram expressos são permitidos e importantes. O próximo passo é demonstrar Apoio. Esse passo pode ser alcançado de diversas formas; pode-se demonstrar preocupação, articular melhor a compreensão da situação do paciente, expressar vontade de ajudar, fazer declarações sobre a parceria com a família e o paciente e, mais importante, reconhecer os esforços da família para lidar com a situação. O último passo do protocolo consiste em Explorar melhor a história de vida do paciente e do familiar e questionar sobre preocupações ou dúvidas. Nessa etapa pode-se tentar

explorar melhor emoções que não tenham ficado claras.

PASSOS	FAZER	NÃO-FAZER
AJUSTES	DEFINIR AS AÇÕES COM AS PESSOAS	INTERRUPÇÕES
PERCEPÇÃO	PRESTAR ATENÇÃO NAS PALAVRAS USADAS PELA PESSOA	SUPOSIÇÕES
CONVITE	OBTER UM CONVITE CLARO PARA FORNECER INFORMAÇÕES	DIVULGAÇÃO DIRETA
CONHECIMENTO	USE AS MESMAS PALAVRAS QUE O PACIENTE-OBSERVE LACUNAS NO ENTENDIMENTO	JARGÕES MÉDICOS
EMPATIA	SER EMPÁTICO	DESTRUIR A ESPERANÇA
ESTRATÉGIA	EXPLICAR A ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO	IGNORAR O CONJUNTO DE CUIDADOS NECESSÁRIOS

Figura 3 - Abordagem de PASSOS para dar más notícias

Adaptado com permissão de M. Rinaldi e M Potter por meio do South West London & St George's Mental Health NHS Trust, Recuperação é Esperança para Todos, Agência e Oportunidade em Psiquiatria. Uma Declaração de Posição por Psiquiatras Consultores, South London e Maudsley NHS Foundation Trust e South West London e St George's Metal Health NHS Trust, London UK, Copiright* Símbolo copiright* 2010. Contém dados de Walter F. Bailea et al SPIKES-Um Protocolo de Seis Passos para Dar Más Notícias; Aplicação para o Paciente com Cancer. The Oncologist, Volume 5, Número 4, pp. 302-311, Copyright *Símbolo Copyright* 2000 por Alpha Med Press. FONTE: EMANUEL; JOHNSON, 2015.

Como construir um plano terapêutico?

O primeiro e mais importante passo na retirada e limitação de procedimentos é o estabelecimento dos objetivos de tratamento e a avaliação dos procedimentos à luz do objetivo de tratamento estabelecido (CARVALHO, PEARSON, 2012; KASMAM, 2004; PRENDSFAST, 2002, COHEN; BEWLEY; RIDLEY, 2003). De acordo com o princípio da autonomia, a determinação do objetivo de tratamento deve se basear na opinião atual ou prévia do paciente (CARVALHO, 2018; WINTER, 1999). Porém, se a opinião prévia do paciente é desconhecida, e este se encontra incapaz de opinar, a família precisa ser consultada.

A família deve representar o pensamento e opiniões do paciente com base no convívio prévio, evitando demonstrar seus próprios pensamentos. Além da opinião do paciente ou de seus representantes é importante ponderar o conhecimento técnico e científico dos profissionais da área de saúde, que devem atuar como guias para a tomada de decisão da família. Nesse ponto é importante deixar o prognóstico o mais claro possível e manter as expectativas em níveis realistas, sem acabar com as esperanças da família. Como a decisão é compartilhada, é importante assegurar a liberdade de escolha para o paciente e seus representantes, e garantir que o paciente não será abandonado independente da decisão tomada. Também se faz

necessário garantir que nenhuma decisão é final, deve-se sempre ter a flexibilidade de aceitar mudanças tendo em vista a evolução do paciente.

Os objetivos de cuidado mais comuns são: a cura, muitas vezes impossível em pacientes portadores de doenças crônicas; restabelecimento de status funcional prévio ou próximo a este; a convivência familiar, quer seja com alta da enfermagem ou desospitalização, ou ainda medidas exclusivamente voltadas para assegurar o conforto do paciente. Alguns outros objetivos de tratamento específicos também são possíveis, como por exemplo, permitir a despedida de familiares que morem distantes e que estejam à caminho.

Depois de estabelecidos os objetivos de tratamento, devem ser avaliados os procedimentos atuais e quaisquer procedimentos futuros propostos do ponto de vista do objetivo de tratamento estabelecido (elaboração do plano de cuidados) (AZEVEDO, 2016; TRUOG, 2001; MORRISON, 2003; COHEN, 2003). O procedimento é condizente com o objetivo de tratamento? Que benefícios esse procedimento trará ao meu paciente? Ele é capaz de fazê-lo sem trazer sofrimento desproporcional ao paciente? Quaisquer procedimentos que não sejam capazes de trazer benefício ao paciente, que não sejam condizentes com o objetivo de cuidado, ou que tragam sofrimento superior ao benefício esperado, podem ser considerados prolongadores de sofrimento e devem ser retirados ou não iniciados (limitados) (KASMAN, 2004; ACKERMAN, 2000).

Após ser tomada a decisão sobre o não benefício dos procedimentos deve ser realizado registro claro e minucioso no prontuário e na prescrição de forma a se garantir a uniformidade nas condutas. O suporte clínico, psicológico e espiritual ao paciente e seus familiares deve ser mantido em todos os momentos, bem como os cuidados básicos e as medidas de controle de sintomas/sofrimento.

O que são diretivas antecipadas de vontade?

A morte é uma fase inerente à vida. Sendo assim, é importante que o pensamento sobre como e em que condições desejamos morrer seja instigado. O paciente pode exprimir a seu médico para registro em prontuário, quando ainda não é portador de doença irreversível e ameaçadora de vida, a quais procedimentos deseja, ou não, ser submetido caso esteja em condições de finalidade de vida. Outra maneira de fazer valer a vontade do paciente nesta mesma situação é quando o paciente nomeia um representante o qual deseja que possa ser a sua “voz” quando não estiver mais em condições de exprimir seus desejos (NUNES, 2016).

Não há um diploma legal suficiente para que as diretivas antecipadas de vontade sejam uma realidade concreta na vida das pessoas. É fundamental que os médicos percebam a sua importância e que considerem o testamento vital uma

importante ferramenta de auxílio à decisão médica. A terminalidade da vida pode originar desconforto e angústia, em especial nos doentes oncológicos. Reconhecer a finitude da vida humana é uma atitude sempre que possível a vontade expressa do doente competente, desde que esteja em causa a suspensão de tratamento desproporcionado em um doente terminal. Dessa forma, materializa-se o princípio do respeito pela autonomia individual, pilar da ética contemporânea.

A instituição de tratamentos considerados inúteis, mesmo a pedido do doente, não deve ser realizada. Quando o tratamento é considerado inútil ou desproporcionado trata-se de boa prática clínica – e não de um ato de eutanásia – a suspensão ou a não instituição de meios desproporcionais de tratamento, desde que estes sejam comprovadamente ineficazes.

Ao tomar decisões, o médico deve levar em consideração os valores éticos do doente em causa – compatíveis com a ética médica – apoiando-se em uma conversa franca e aberta com a família e amigos, lembrando de sempre seguir os princípios da beneficência e da não maleficência que devem ser sempre os pilares da decisão médica.

Se a decisão couber a um familiar, representante escolhido anteriormente pelo paciente, é esperado que este se ponha no lugar do doente, decidindo de acordo com aquilo que se sabe ser a sua vontade. Quando houver grande discordância óbvia entre a equipe médica e o representante legal, o melhor curso dos acontecimentos é a consulta a entidades responsáveis, como por exemplo um Comitê de Ética. Em casos em que a conciliação entre os desejos expressos pelo paciente e seus familiares está em desacordo com o plano de tratamento médico, é importante solicitar auxílio à equipe de Cuidados Paliativos, pois esta, ao dispor de profissionais interdisciplinares, dentre estes psicólogos e médico habituados a lidar com situações de terminalidade, pode compreender as motivações e desejos do paciente e seus familiares, e assim, tentar conciliá-los com um plano terapêutico que seja adequado e respeite não só a autonomia do paciente, mas também os outros pilares que regem a prática médica.

Como avaliar diariamente os sintomas estressantes? ESAS?

Em enfermagem, os sintomas físicos mais comuns são: dor, dispneia, constipação, diarreia e broncorreia. Para que possa haver intervenção e alívio de sintomas, é necessário que haja primordialmente a identificação destes. Para prover satisfatório controle de sintomas é preciso que a intensidade destes seja sempre reavaliada.

Esses sintomas devem ser avaliados a cada contato com o paciente e esta percepção pode ser registrada e mensurada utilizando a escala ESAS (Edmonton Symptom Assessment System).

Como avaliar a DOR?

A dor é um dos sintomas mais prevalentes, sendo citado por grande parte dos pacientes em todos os estudos de avaliação de sintomas (AZEVEDO, 2016; MORITZ, 2012; MULARSKI, *et al.*, 2009). Este é um sintoma que gera grande impacto negativo na qualidade de vida do paciente, além de propiciar mais eventos adversos como delirium e agitação.

O internamento hospitalar habitualmente expõe o paciente a diversos procedimentos que podem desencadear dor, como: punções venosas, coletas de sanguíneas, aspiração de vias aéreas, mudança de posicionamento do paciente no leito, troca de curativos e procedimentos cirúrgicos realizados como parte da terapêutica. Portanto, é necessária atenção especial para a sua detecção precoce e seu tratamento adequado. Sempre que possível, a causa da dor deve ser eliminada. Quando não for possível, analgesia adequada preferencialmente prescrita em horários fixos deverá ser prescrita.

A avaliação e a caracterização da dor e o registro periódico de sua intensidade são fundamentais para que se acompanhe a evolução do paciente e, assim, possam ser realizados os ajustes cabíveis à analgesia prescrita.

A avaliação da dor pode ser realizada utilizando a escala visual analógica ou escala de faces em pacientes conscientes e capazes de responder perguntas (HERR, *et al.*, 2006; PUNTILLO, 2005). Dessa forma, ao questionar o paciente, é possível não apenas a identificar a presença de dor, mas também quantificá-la (FIGURA 4), bem como avaliar a resposta ao tratamento (DIRETRIZ, 2012).

Instrumentos para quantificação da dor:

- Escala visual analógica segundo SBGG (2018)

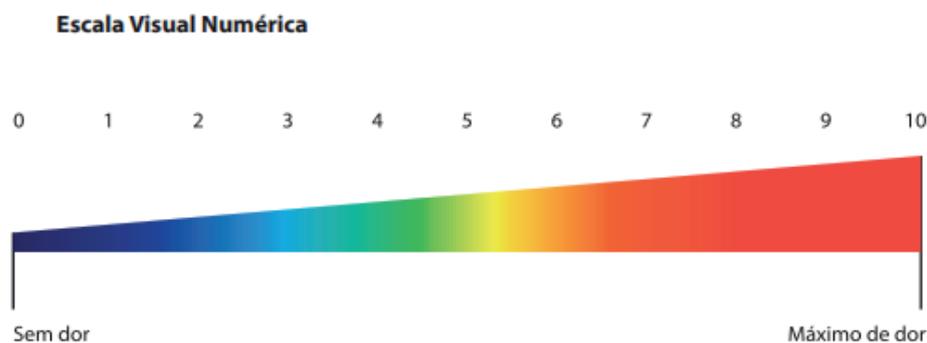


Figura 4 - Escala Visual da Dor

Fonte: (CUSTODIA; MAIA; SILVA, 2015).

- Escala categórica verbal: Divide a dor entre leve, moderada e forte.
- “*Pain Assessment Advanced Dementia Scale*” PAINAD: Utilizada em pacientes com demência avançada. Esta escala é composta por cinco itens de observação, cada um deles pontuando de 0 a 2 pontos (respiração, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade). O uso dessa escala mostrou, em alguns estudos, aumento da detecção da dor e do uso de analgésicos quando comparado ao uso da avaliação realizada com a escala numérica.

Escala de avaliação de dor em demência avançada - PANAID-Br

Instruções: Observe o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. As definições de cada item são fornecidas na página seguinte. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo, em repouso, durante uma atividade agradável, durante recebimento de cuidados, após receber medicação para dor).

Comportamento	0	1	2	Pontuação
Respiração Independente de vocalização	Normal	Dificuldade ocasional para respirar Curto período de hiperventilação	Respiração ruidosa e com dificuldades Longo período de hiperventilação Respiração Cheyne-Stokes	
Vocalização negativa	Nenhuma	Resmungos ou gemidos ocasionais Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo	Chamados perturbadores repetitivos Resmungos ou gemidos altos Choro	
Expressão facial	Sorrindo ou inexpressiva	Triste Assustada Franzida	Careta	
Linguagem corporal	Relaxada	Tensa Andar angustiado/afrito de um lado para o outro Inquietação	Rígida Punhos cerrados Joelhos encolhidos Puxar ou empurrar para longe Comportamento agressivo	
Consolabilidade	Sem necessidade de consolar	Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque	Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)	
			TOTAL	

Pontuação: O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: DOR LEVE (1 - 3), DOR MODERADA (4 - 6), DOR SEVERA (7 - 10). Estas variações são baseadas numa escala padrão de dor de 0 - 10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.

Figura 5 - Escala de avaliação de dor em demência avançada

Fonte: Pontuação: o total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação é: DOR LEVE (1-3), DOR MODERADA (4-6), DOR SEVERA (7-10). Estas variações são baseadas numa escala de dor de 0-10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.

O conceito de dor total:

O conceito holístico de dor total foi introduzido por Cicely Saunders em 1960.

A abordagem da dor total consiste em acessar não só a dor física do paciente, mas também aspectos psicológicos, sociais e espirituais (STREECK, 2019).

Avaliar os demais aspectos da dor é uma ferramenta importante para a abordagem da dor, uma vez que compreender que outros aspectos podem maximizar a percepção da dor pelo paciente pode representar uma maneira de mais pontos de

intervenção serem encontrados com o objetivo do alívio desta.

O manejo da dor:

Carvalho (2018) e Mattos, (2018) aliviar o sofrimento humano deve ser sempre um objetivo primordial da prática médica. O alívio da dor pode ser pautado em medidas farmacológicas e não farmacológicas.

O manejo não farmacológico da dor compreende métodos físicos como TENS, aplicação calor e frio, mobilização e práticas integrativas como fitoterapia, acupuntura, práticas corporais com massagens e ioga, entre outros, o que reforça o fato de que o tratamento da dor deve ser multidisciplinar.

O manejo farmacológico da dor baseia-se em oferecer, preferencialmente em horários fixos, analgesia de intensidade adequada à dor identificada.

Outras intervenções que podem ajudar no controle da dor são a realização de procedimentos, como a radioterapia analgésica, e outras medidas não farmacológicas, como a mobilização, as massagens de conforto e técnicas de relaxamento e controle de ansiedade (ESTARD, 2009).

Analgésicos não opióides:

Este grupo é composto pelos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), paracetamol e dipirona. Podemos citar como grandes benefícios dessa classe de medicações o fato de terem fácil acesso (não necessitam de prescrição médica) e tem baixo custo. (SANTOS, 2010; CARVALHO, 2018; CARVALHO; PARSONS, 2012).

Em cuidados paliativos, estas drogas são indicadas para dores de leve intensidade ou como adjuvantes do uso de opióides. No momento da prescrição, deve-se ter atenção aos potenciais efeitos adversos dos AINEs, toxicidade gástrica com risco de sangramento e ulceração, nefrotoxicidade, hipertensão (pela retenção de sódio e água), insuficiência cardíaca, hepatopatia pelo paracetamol, doença coronariana e trombose. A incidência destes efeitos costuma variar de acordo com o perfil do paciente e com o tempo de utilização da droga.

Analgésicos adjuvantes:

Drogas que quando utilizadas em conjunto com opióides permitem modulação e alívio da dor, podendo reduzir assim a dose necessária de opióide no ajuste final de dose. Os analgésicos adjuvantes costumam demorar um pouco mais de tempo para redução da dor por atuarem na modulação da percepção da dor, e podem ser utilizados em todas as intensidades de dores crônicas. Deve-se ter

cautela com os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem vir a ocorrer com o uso destas medicações, em especial em pacientes idosos, frágeis e com doença avançada. Principais exemplos são: tricíclicos, antidepressivos duais, corticosteróides, anticonvulsivantes bloqueadores da proteína alfa-2-delta moduladora tipo-N nos canais de cálcio (gabapentina e pregabalina), bifosfonados para dores decorrentes de metástases ósseas.

Opióides:

São medicações que podem ser utilizadas de maneira segura e efetiva, desde que sua indicação siga os seguintes princípios: otimizar primeiro as estratégias analgésicas não opióides; informar aos pacientes sobre riscos e efeitos colaterais frequentes da medicação; realizar seguimento próximo, monitorar a intensidade da dor e o comprometimento geral que ela gera, pois, a resposta analgésica pode diminuir com o tempo; considerar a rotação de opióides se houver suspeita de tolerância.

Os opióides podem ser fortes (não tem dose teto determinada para analgesia e não causam danos diretos aos órgãos) e fracos.

Os opióides fracos, como por exemplo a codeína e o tramadol, são frequentemente utilizados em combinação a um analgésico não opióide. O tramadol é preferível para pacientes com dor de padrão neuropático, pois sabe-se que ele tem dupla atividade (opióide + ação semelhante a amitriptilina). Este medicamento deve ser utilizado com cautela em pacientes com história prévia de convulsão e suas doses diárias não devem exceder 400mg. Também deve-se ter cautela ao associar esta medicação a inibidores de recaptação de serotonina pelo risco aumentado de síndrome serotoninérgica.

Pacientes idosos são mais propensos aos efeitos colaterais dos opióides. Sendo assim, devemos iniciar a terapia com dose menor e esta deve ser titulada lentamente, a depender da resposta analgésica e dos efeitos adversos.

É necessário ainda deixar a prescrição de doses de resgate para caso o paciente fique sintomático entre os horários fixos de recebimento do opióide. A dose de resgate é de 5% a 15% da dose total diária. Deve-se ainda orientar a equipe de enfermagem para administração nos intervalos quando necessário. Sinalizando ainda a equipe médica quando o sintoma se mantiver refratário apesar da administração da dose de resgate.

A presença de efeitos adversos deve ser comunicada no momento da prescrição, pois este conhecimento permite maior adesão do paciente ao saber que aquele efeito já era esperado. A constipação e o efeito colateral das medicações opióides que tem menor melhora com o tempo de uso demandam esquema profilático

preventivo de medicação laxativa, que deve ser iniciado no momento da prescrição do opióide.

A codeína é um alcalóide natural que, além de efeito analgésico, tem propriedades antitussígenas e antidiarréicas. Sendo também, portanto, o opióide mais relacionado ao efeito colateral de constipação. A codeína é uma pró-droga que, após metabolização hepática, é parcialmente convertida em morfina. Até 15% da população pode não dispor da enzima que metaboliza a codeína em seu princípio ativo e, assim não desfrutar de seu efeito analgésicos.

Opióides fortes:

O principal dentre os opióides fortes é a morfina, estando disponível em diferentes apresentações (comprimidos, cápsulas, supositórios e soluções) e podendo ser administrada por diversas vias (oral, subcutânea, endovenosa, retal), sendo metabolizada no fígado e tendo sua depuração principalmente por via renal. Sendo assim, recomenda-se que, em pacientes com disfunção renal, iniciemos a terapia com doses menores e com intervalo de tempo de 6 em 6 horas entre as doses, pois consideramos que haverá mais tempo para excreção. É o opióide forte mais adequado para início e titulação de dose alvo em pacientes internados.

Outros opióides fortes que devem ser utilizados com maior cautela por profissionais que ainda não estão habituados a sua prescrição são: oxicodona, metadona (meia-vida variável) e buprenorfina, por exemplo.

Rotação de opióides:

Para realizar a troca de medicação opióide é necessário calcular a dose equivalente analgésica do opióide em uso com o novo a ser administrado e em média reduzir a dose equianalgésica em 25% a 50%. Quando pela metadona, deve-se reduzir a dose em 75% a 90%. Para fentanil TD, não há necessidade de reduzir a dose equianalgésica.

Tabelas de dose equianalgésicas

Opióide	Via oral	Via parenteral
Morfina	30mg	10mg
Codeína	200mg	-
Metadona	20mg	10mg
Oxicodona	20-30mg	10-15mg
Hidromorfona	7,5mg	1,5mg

Tabela 1 - Dose equianalgésicas

Fonte: CARVALHO; PARSONS, (2012).

Métodos Invasivos para controle de dor

O tratamento intervencionista da dor é realizado em pacientes que tem resposta pobre ao tratamento medicamentoso e naqueles que apresentam efeitos colaterais importantes que limitam o uso das medicações. Exemplos: vertebroplastia em pacientes com fratura sintomática de corpo vertebral sem retropulsão de fragmentos ósseos, bomba implantável de infusão intratecal de fármacos que é indicada em pacientes com dor oncológica de difícil manejo, dentre outros.

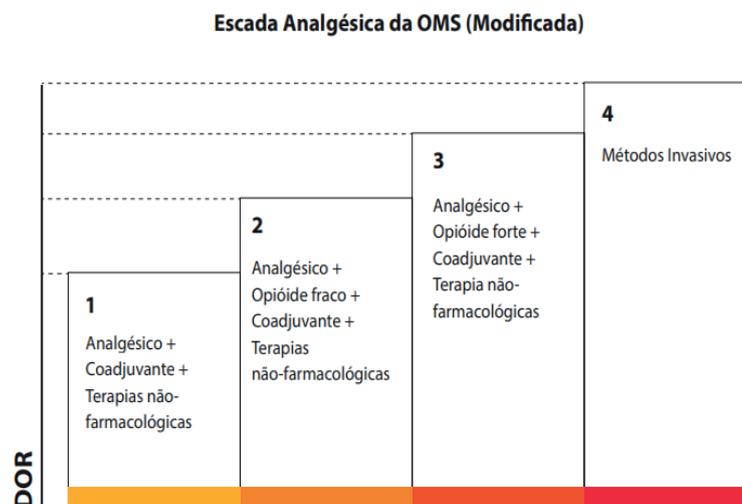


Figura 6 Escala Analgésica

Fonte: CARVALHO, PARSONS, 2012.

Intoxicação por opióide:

Ao fazer a prescrição do uso contínuo de opióide, seja em horários fixos ou em bomba de infusão contínua, o médico assistente deve atentar-se ao examinar seu paciente e reavaliá-lo em verificar se este apresenta sintomas que possam sugerir intoxicação por opióide, dentre estes, os sintomas clássicos são depressão respiratória, rebaixamento do nível de consciência e miose.

Caso haja depressão respiratória, esta pode ser ameaçadora a vida, e, neste contexto, a naloxona é o principal antídoto a ser utilizado. A utilização do antídoto deve ser realizada com cautela, uma vez que o paciente pode apresentar, além do aumento da frequência respiratória objetivado, o retorno da dor que estivera controlada, agitação, taquicardia, vômitos, sinais de abstinência e possivelmente estar sujeito ao risco de pneumonia aspirativa. No geral, aventa-se o uso de naloxone quando a frequência respiratória é inferior a 8 incursões por minuto.

Hipodermóclise, uma via alternativa em Cuidados Paliativos:

A hipodermóclise é uma técnica que consiste na administração de fluidos no espaço subcutâneo de forma contínua ou intermitente. Local cuja vascularização é similar a que acontece nos músculos (PONTALTI, 2012). O processo de transporte de um fármaco para os capilares sanguíneos se dá por difusão simples. Fatores fisiológicos individuais como vasoconstrição, hipoperfusão e atrofia capilar podem interferir no processo do fármaco para a circulação (LEISCHKER, 2012). Desse modo, entende-se que pode haver uma grande variabilidade de absorção de acordo com o estado fisiológico de cada paciente.

Em condições de impraticabilidade de administração de fármaco via oral – rebaixamento do sensório, disfagia, má absorção do trato gastrointestinal – e de impossibilidade ou inconveniência da administração endovenosa, a via subcutânea pode ser utilizada para a administração de medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2017).

Segundo o guia da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2017), a literatura considera como única contraindicação formal para a hipodermóclise a recusa do paciente, mas outras contra-indicações podem ser descritas, como: absolutas – anasarca, trombocitopenia grave e necessidade de reposição rápida de volume; e relativas – caquexia; síndrome da veia cava superior; áreas de circulação linfática comprometida; áreas de infecção. Os cateteres agulhados (scalps) têm menor custo e são menos dolorosos. Os calibres de escolha estão entre os números 21G a 25G (PEREIRA, 2008). As regiões mais elegíveis para a punção são a torácica e a parede abdominal lateral (FRISOLI JUNIOR, DE PAULA; FELDMAN; NASRI, 2000). Não se deve ultrapassar o volume de 1500ml ao dia por sítio (LYBARGER, 2009).

A via subcutânea tem ótimo perfil de absorção para controle de sintomas, pois por ter absorção mais lenta esta via possibilita uma concentração sérica estável do medicamento e impede picos plasmáticos os quais podem determinar o possível aparecimento de efeitos colaterais indesejáveis. Se for usada uma infusão contínua por via SC, a concentração plasmática se mantém em níveis suficientes para impedir o ressurgimento de sintomas antes controlados. Em contraposição, caso seja necessário pico plasmático rápido da medicação ou a infusão rápida de grandes volumes, esta via já não será adequada.

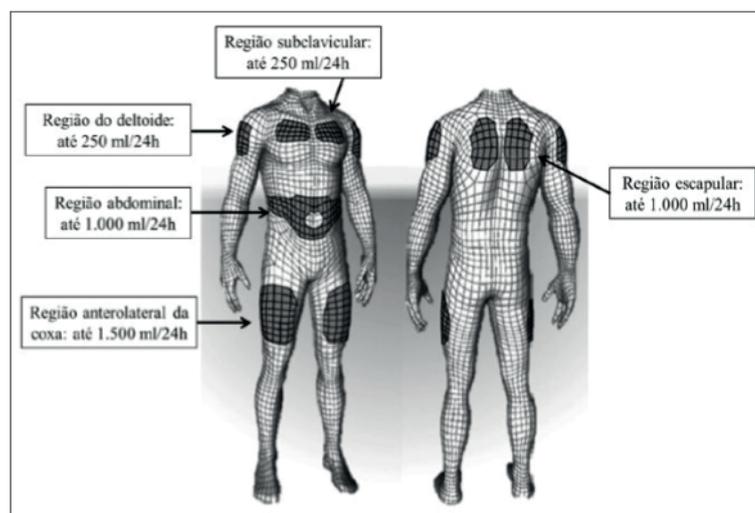


Figura 7 - Locais para realização de infusão subcutânea

Fonte: CARVALHO; PARSONS, 2013.

A hipodermóclise pode ser realizada mesmo em pacientes caquéticos, entretanto, o sítio de punção escolhido deverá ter subcutâneo adequado, o que reduz as possibilidades. Recomenda-se a troca do cateter agulhado a cada 5 dias e a do não agulhado a cada 11 dias, respeitando-se uma distância mínima de 5 cm do local da punção anterior. Caso o curativo seja realizado com cobertura estéril transparente, esta poderá ser mantida por até sete dias, as demais coberturas deverão ser trocadas diariamente.

Assim como no acesso venoso periférico, na hipodermóclise, se a assepsia não for realizada corretamente durante a punção e higienização da punção, poderá ocorrer celulite no sítio puncionado. Nestes casos, é preciso acompanhar a curva térmica do paciente, realizar compressas locais geladas de 15 minutos de duração e o uso da antibioticoterapia deverá ser avaliado, além de trocar o local de punção e evitar novas punções neste local.

Medicamentos recomendados via hipodermóclise

As medicações que podem ser administradas via subcutânea (SC) são aquelas que tem o PH próximo a neutralidade. Alguns medicamentos mais ácidos podem ainda ser administrados desde que em infusão lenta.

Ao infundir mais de uma medicação via SC, devemos avaliar se há a compatibilidade destas medicações para serem infundidas pelo mesmo sítio ou se haverá a necessidade de mais de um sítio de punção.

Compatibilidade entre dois medicamentos para administração no mesmo sítio por via SC.

	Clorpromazina	Dexametasona	Fenobarbital	Furosemda	Haloperidol	Hioscina	Insulina	Ketamina	Metadona	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotide	Ondansetrona	Ranitidina	Tramadol
Compatível ☺																
Incompatível ✖																
Não testado ★																
Clorpromazina		☺	★	★	☺	★	★	★	★	☺	☺	☺	★	★	☺	★
Dexametasona	☺		✖	☺	✖	☺	☺	☺	☺	☺	✖	☺	✖	★	☺	☺
Fenobarbital	★	✖		★	★	★	✖	★	★	★	★	☺	★	★	✖	★
Furosemda	★	☺	★		★	★	★	★	★	✖	✖	✖	★	★	☺	★
Haloperidol	☺	✖	★	★		☺	★	☺	☺	★	☺	☺	★	★	★	☺
Hioscina	★	☺	★	★	☺		★	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	★	☺
Insulina	★	☺	✖	★	★	★		★	★	☺	☺	☺	✖	★	✖	★
Ketamina	★	☺	★	★	☺	☺	★		★	☺	☺	☺	★	☺	★	★
Metadona	★	☺	★	★	☺	☺	★	★		☺	☺	✖	★	★	★	✖
Metoclopramida	☺	☺	★	✖	★	☺	☺	☺	☺		☺	☺	☺	★	☺	☺
Midazolam	☺	✖	★	✖	☺	☺	☺	☺	☺	☺		☺	★	☺	✖	☺
Morfina	☺	☺	☺	✖	☺	☺	☺	☺	✖	☺	☺		☺	☺	☺	✖
Octreotide	★	✖	★	★	★	☺	✖	★	★	☺	★	☺		★	★	★
Ondansetrona	★	★	★	★	★	☺	★	☺	★	★	☺	☺	★		★	★
Ranitidina	☺	☺	✖	☺	★	★	✖	★	★	☺	✖	☺	★	★		★
Tramadol	★	☺	★	★	☺	☺	★	★	✖	☺	☺	✖	★	★	★	

Figura 8 - Compatibilidade entre dois medicamentos para administração no mesmo sítio via SC

Fonte: CARVALHO; PARSONS, 2013.

Medicamentos e soluções administrados pela hipodermólise

Classe	Fármaco	Diluição	Tempo de infusão
Analgésicos opioides	Morfina	10 mL SF 0,9%, se bolus/intermitente (solução decimal) ou ACM	Se bolus/intermitente, administrar lentamente*
	Metadona	10 mL SF 0,9%	
	Tramadol	10 mL SF 0,9%	
	Fentanil	100 mL SF 0,9% ou ACM	Em bomba de infusão, conforme prescrição médica
Analgésico	Dipirona	10 mL SF 0,9%	Se bolus/intermitente, administrar lentamente*
Anticolinérgicos	Atropina, escopolamina, hioscina (Buscopan [®])	10 mL SF 0,9%	Se bolus/intermitente, administrar lentamente*
	Antieméticos	Metoclopramida	100 mL SF 0,9%
	Ondansetrona, haloperidol, dimenidrato	10 mL SF 0,9%	Se bolus/intermitente, administrar lentamente*
Anti-histamínicos	Prometazina, hidroxizina	10 mL SF 0,9%	Se bolus/intermitente, administrar lentamente*
Anti-inflamatório	Cetorolaco	100 mL SF 0,9%	30-40 minutos**

índice específicos de enfermagem

Antibiótico	Ampicilina, cefepime, ceftazidima, cefotaxima, ceftriaxona, tobramicina, teicoplanina, ertapenem, meropenem	100 mL SF 0,9%	30-40 minutos**
Corticoide	Dexametasona	100 mL SF 0,9%	30-40 minutos**
Diurético	Furosemida	10 mL SF 0,9%	
Protetor gástrico	Ranitidina, omeprazol	10 mL SF 0,9%, diluente próprio	Se <i>bolus</i> /intermitente, administrar lentamente*
Sedativo	Midazolam	10 mL SF 0,9%, se <i>bolus</i> /intermitente (solução decimal) ou ACM	Se <i>bolus</i> /intermitente, administrar lentamente*
	Levomepromazina	100 mL SF 0,9%	Em bomba de infusão, conforme prescrição médica
Anticonvulsivante	Fenobarbital	10 mL SF 0,9%	Se <i>bolus</i> /intermitente, administrar lentamente*
Outros	Octreotida	Existe apresentação subcutânea que não precisa diluir	Se <i>bolus</i> /intermitente, administrar lentamente*
	Naloxona, clorpromazina	10 mL SF 0,9%	

*A administração rápida, em *flush*, causa desconforto (dor, ardência) e eritema local. Se houver queixas nos primeiros minutos após início da infusão, diminuir a velocidade da infusão, que o desconforto cessa e o eritema se resolve espontaneamente algum tempo após o término da infusão, **O tempo pode ser aumentado se houver desconforto para o paciente, mas deve-se atentar para a estabilidade da solução a ser infundida (consultar a bula da medicação). Não devemos esquecer que os pacientes podem apresentar reações adversas mesmo seguindo essa orientação de diluição, por conta das características individuais e da própria medicação (pH, potencial de irritação etc.), nesses casos, a diluição pode ser aumentada. Na fase final de vida pode haver dificuldade de absorção das soluções infundidas por hipodermólise, por conta da falência da pele.

Tabela 2 - Medicamentos e soluções administrados pela hiposermolise

Fonte: CARVALHO, 2018.

Como manejar a dispneia?

Dispneia é definida como a sensação de desconforto respiratório (KVALE; SMOFF, 2003; TRUOG, 2008). Sintoma subjetivo associado ou não a alterações clínicas como aumento da frequência respiratória, trabalho ou outras alterações fisiológicas associadas com a insuficiência respiratória. Existem pelo menos três qualidades distintas de dispneia: fome de ar, trabalho ou esforço e aperto (LANSING *et al.*, 2009; PARSHALL *et al.*, 2012). É importante salientar que a interação entre as causas físicas de dispneia e as de origem psíquica, sendo esta última grande amplificadora dos sintomas e tratadas em conjunto, principalmente em casos de dispneia graves ou resistentes (KVALE; SMOFF, 2003). As causas mais comuns são: insuficiência cardíaca, doença pulmonar grave, câncer e doenças neurodegenerativas. Doenças estas relacionadas à fatores desencadeantes como: derrame pleural, anemia, hipóxia, acidose metabólica, hipercapnia, fraqueza muscular, dentre outras. Pacientes com dispneia de intensidade leve beneficiam-se de medidas direcionadas à sua causa de base e medidas não farmacológicas como o posicionamento adequado (TRUOG, 2008), a alocação em local arejado ou a ventilação facial com ventilador de mesa e de mão (AZEVEDO, 2016; SEMEARK, 2007; WORKING, 2009) e de manobras fisioterápicas direcionadas para a capacidade funcional e nível de responsividade do paciente (FRANCA, 2012). Outras terapêuticas específicas incluem o uso de corticoides em doenças das vias

aéreas ou nos casos de linfangite carcinomatosa, hormonioterapia ou quimioterapia em casos de neoplasias sensíveis, antibioticoterapia e terapêutica direcionada ao controle de secreções nos pacientes com broncorreia e uso de anticoagulação ou trombólise nos casos de tromboembolismo pulmonar (LEACH, 2009). Pacientes com dispneia mais importante podem necessitar, além das medidas não farmacológicas e do tratamento da causa de base, de medidas farmacológicas dirigidas para a própria dispneia. Os opióides são as drogas mais utilizadas no controle sintomático da dispneia (AZEVEDO, 2016; MORRISON, 2013; TRUOG, 2008; SEMEARK, 2007; YATES, 2013, BOLAND, *et al*, 2013; JENNINGS, 2002). Em pacientes com dispneia moderada ou naqueles com dispneia leve e que não responderam adequadamente às medidas não farmacológicas pode-se utilizar a codeína, enquanto aqueles com dispneia grave necessitarão do uso de morfina. A morfina é o medicamento mais efetivo no tratamento da dispneia. A dose de ataque é de 1 a 2 mg, IV ou SC ou 5 a 10mg VO a cada 30 minutos. Seguido de dose de manutenção de 10mg de morfina em 24h em bomba de infusão contínua. Para controle de sintoma refratário está indicada a sedação paliativa. Demais opióides como metadona, fentanil e oxicodona apresentam poucas evidências no controle deste sintoma.

Secreções respiratórias

A hipersecretividade brônquica é um sintoma que apresenta impacto importante no paciente, principalmente naqueles submetidos à ventilação mecânica, por muitas vezes prolongado o tempo de permanência destes na UTI. O método mais tradicional para controle das secreções traqueobrônquicas é a aspiração destas através de sistemas de vácuo. Esse procedimento, no entanto, é amplamente associado a sofrimento do paciente e ao risco de traumatismos e sangramentos, principalmente naqueles pacientes que apresentam alterações da crase sanguínea. Um dos objetivos da terapêutica de controle das secreções é reduzir ao máximo o número de aspirações às quais o paciente necessita ser submetido durante o dia e tornar esse procedimento o menos doloroso possível. As estratégias utilizadas para o controle das secreções podem ser subdivididas em estratégias que promovem a diminuição da produção de secreções e aquelas que promovem o aumento da eliminação. Dentre as estratégias relacionadas ao aumento da eliminação de secreção a fisioterapia tem papel fundamental (FRANCA, 2012) principalmente através da mobilização de secreções e com o estímulo a tosse. A mobilização de secreções pode ocorrer através de manobras de posicionamento funcional, exercícios respiratórios ou manobras assistidas. Dentre as manobras de estímulo a tosse, encontramos manobras manuais e assistidas mecanicamente (FRANCA, 2012). Nas estratégias de diminuição do volume de secreção se faz necessário a avaliação da

causa da hipersecretividade (LEACH, 2009; KONDO; TAMAOKI, 2012). Pacientes com causas inflamatórias como asma e DPOC beneficiam-se do uso de corticoides, pacientes infectados beneficiam-se de antibioticoterapia e pacientes hipervolêmicos beneficiam-se do uso de diuréticos e do controle do balanço hídrico (LEACH, 2009). Pacientes com secreções volumosas ou aquelas com causa desconhecida ou não responsiva ao tratamento dirigido podem beneficiar-se de supressão do sistema autônomo com o uso de drogas anticolinérgicas como a atropina ou a hioscina, ou com inibição direta da produção de muco com o uso de macrolídeos, indometacina ou octreotide (FRANCA, 2012; KONDO; TAMAOKI, 2012). A terapia inicial a ser escolhida depende principalmente dos efeitos colaterais das medicações a serem utilizadas. Devido à possibilidade de desencadear ou agravar quadros de delirium os anticolinérgicos devem ser evitados em paciente sob alto risco de delirium. Pacientes com diarreia devem evitar o uso de macrolídeos. Em pacientes com quadro refratário pode ser utilizado o octreotide (FRANCA, 2012).

Náuseas e vômitos

Náuseas e vômitos são sintomas que reduzem a qualidade de vida do paciente. Podem ocorrer diretamente relacionados à doença de base e suas complicações ou relacionadas ao tratamento. O diagnóstico de náusea é clínico. É primordial uma boa história clínica, exame físico, e exames laboratoriais na investigação da etiologia para iniciar o tratamento clínico.

Causas	Tratamento	Medicamentos
Obstrutiva	Corticóide Antagonistas dopaminérgicos Procinéticos	Dexametasona Haloperidol Metoclopramida
Gástrica	Procinético	Metoclopramida Domperidona
Química	Antagonista dopaminérgico Antagonista 5HT3	Haloperidol Ondasetrona
Distúrbios no SNC	Corticóide	Dexametaxona
Vestibular	Anti histamínicos	Meclina

Tabela 3 - Náuseas e vômitos: principais causas e tratamentos

Fonte: CARVALHO; PARSONS, 2012.

Diarreia

A diarreia é um sintoma comum no ambiente de enfermagem, motivado principalmente por quadros infecciosos, decorrente do uso de antibióticos de largo espectro, e por reações medicamentosas, bem como aquelas causadas pela própria doença de base e complicações relacionadas (MARCON; GAMBA; VIANNA, 2006; FERRIE; EAST, 2007; CUNHA, 1998) A diarreia traz consigo além do desconforto para o paciente, o risco de distúrbios hidroeletrólíticos e o risco aumentado do surgimento de úlceras de pressão e a posterior infecção destas, o aumento da carga de trabalho para a equipe e, por vezes, desconforto para os outros pacientes (MERCADANTE, 1995) Um dos principais pontos que devem ser notados durante a avaliação da diarreia é a possibilidade de tratar-se não de uma verdadeira diarreia, mas de uma diarreia paradoxal, secundária a um estado de constipação prévia com supercrescimento bacteriano e a liberação de fezes amolecidas (MERCADANTE, 1995; J. A, 2007). Uma história de alternância entre constipação e diarreia e a presença de fezes endurecidas ao toque retal podem resolver essa dúvida na maioria dos casos, mas a radiografia de abdômen pode ser necessária em certas ocasiões. Após a constatação de tratar-se de uma diarreia verdadeira, o próximo passo seria a sua classificação em casos leves (ESAS de 1-3) e moderados a graves (ESAS >3). Nos casos de diarreia leve, medidas mais leves podem ser adotadas, medidas de controle nutricional como o fracionamento de dieta e evitar alimentos gordurosos ou ricos em lactose e o ajuste de drogas que possam induzir diarreia, geralmente são suficientes para o controle sintomático. Em casos em que não haja resposta o uso de escopolamina pode ser tentado (MERCADANTE, 1995; J. A., 2007). Nos casos de diarreia moderada a grave deve ser realizada avaliação para a possibilidade de infecção por *Clostridium difficile*. Naqueles pacientes que tenham feito uso de antibióticos de largo espectro ou em situações de surtos é recomendável o início da terapêutica com metronidazol e a coleta da pesquisa de toxinas (CUNHA, 1998). Nos casos de pesquisa negativa para *Clostridium difficile* ou em que o paciente não apresenta fatores de risco pode-se tentar investigar situações específicas que possam estar relacionadas à causa dos sintomas. Nos casos em que não se distingue uma causa específica ou em que a resposta à terapêutica é inadequada e em que se excluíram causas invasivas, pode-se lançar mão do derivado opióide loperamida (REGNARD, 2011; CHERNY, 2008; FARTHING, 2007). Casos que não respondam com o uso da loperamida podem ainda beneficiar-se do uso de codeína⁸⁸, ⁸⁹, ou em última instância de octreotide (CHERNY, 2008; FARTHING, 2007; PROMMER,

Constipação

O ponto inicial da avaliação do paciente constipado é a avaliação da presença de obstrução intestinal, condição que pode necessitar de abordagem cirúrgica (CLEMENS, 2013; LIBRACH, 2010; CLEMENS; KLASCHIK, 2008). Outro ponto a ser avaliado no início da abordagem do paciente constipado é a presença ou não de fezes endurecidas na ampola retal (“fecaloma”), condição na qual pode ser necessário a retirada manual das fezes e a realização de clisteres (CLEMENS, 2013; CLEMENS; KLASCHIK, 2008). Nos pacientes que não apresentam sinais de obstrução intestinal ou da presença de fecaloma a terapêutica de escolha inicial dependerá do uso de opióides. Pacientes em uso de opióides beneficiam-se mais do uso de laxativos estimulantes como o Bisacodil (CLEMENS, 2013; CLEMENS; SLASCHIK, 2018; TWYGCROSS, 2012). Em caso de falência terapêutica pode-se associar laxativos osmóticos como a lactulona (TWYGCROSS, 2012). E em casos extremos utilizar-se de antagonistas opióides como o metilnaltrexone (TWYGCROSS, 2012). Alguns estudos pequenos mostram benefício e segurança no uso do naloxone por via oral em pacientes constipados, sem efeito significativo em reversão da analgesia, podendo essa droga ser utilizada em casos de exceção (LUI, 2002; ARPINO; THOMPSON, 2009). Outra medida que pode apresentar benefício nos pacientes constipados em uso de opióides é a rotação de opióides. Naqueles pacientes que não estão em uso de opióides não existem provas científicas da superioridade de uma classe de laxativo em relação à outra (FLEMING, 2010). Por rotina do serviço, recomenda-se o uso inicial da lactulona, com possível associação de outros laxativos como o bisacodil em caso de falência terapêutica. Medidas não farmacológicas como o aumento da ingesta hídrica e da ingesta de fibras, bem como o aumento da mobilidade, podem ser úteis como auxiliares no tratamento e principalmente na prevenção da constipação.

Plano de Cuidados:

É necessário que, desde a admissão do paciente em um leito de enfermaria, o médico assistente comece a traçar um plano de cuidados que vise a alta hospitalar. Sendo assim, uma das primeiras perguntas a se fazer é - Por que este paciente ainda não tem condições de alta hospitalar? - para a partir de então trabalhar com o objetivo de desospitalização precoce na tentativa de reduzir os prejuízos de internamentos prolongados, tais como: sarcopenia, infecções hospitalares, delirium, lesões por pressão etc.

Alguns pacientes, no entanto, não terão condições de alta hospitalar por se encontrarem em fase terminal de sua doença de base. Nesses casos, quando não há disponibilidade de uma equipe de cuidados domiciliares com acesso a medicações para controle de sintomas, e o paciente está evoluindo para fase final de vida, é preferível que sua terminalidade tenha fim em um leito hospitalar, se esta for a condição para efetivo controle de sintomas.

Nesses casos, o suporte psicológico ao paciente e familiares, assim como a flexibilização dos horários de visita se tornam imprescindíveis.

Integração de cuidados paliativos no contexto de Time de Resposta Rápida

(TRR)

Os Times de Resposta Rápida foram criados para identificar e agir no caso de deteriorização clínica do paciente no ambiente de enfermaria. A assistência é priorizada por códigos divididos em cores que sinalizam a urgência ou não. Nem sempre o médico especialista em Cuidados Paliativos estará presente no momento de sintomas/sofrimento do paciente. Por isso se faz necessária uma boa comunicação entre a equipe Assistente e Time de Resposta Rápida (TRR) (NELSON, *et al.*, (2015).

O TRR está diariamente em contato com intercorrências clínicas de pacientes em cuidados paliativos. É mais uma equipe que agrega no gerenciamento de sintomas. Na troca e atualizações de plantão é necessário definir como o paciente está sendo acompanhado no contexto de CP. Se apresenta diretivas antecipadas definidas (Não realizar suporte avançado de vida e quais medidas foram limitadas). Se as diretivas ainda não definidas (Acompanhados pela equipe), ou se os pacientes estão em terminalidade.

O paciente em sofrimento pode não apresentar sinais tão claros. Ao mesmo tempo que taquicardia e hipotensão, por exemplo, não são necessariamente sinais de desconforto. Os sintomas devem ser pesquisados ativamente e conduzidos com prontidão. A conduta neste contexto depende da fase que o paciente se encontra. Cuidados paliativos não querem dizer que o paciente não venha receber alta naquele internamento. A depender do caso e da intercorrência, pode ter indicação de antibioticoterapia, transfusão, hidratação, inclusive de ser aberto um protocolo sepse. Logo no internamento, se já existem diretivas definidas, o planejamento de cuidados é facilitado, porém, quando as diretivas não estão definidas é mais urgente um alinhamento e apoio entre as equipes.

Comunicação sobre benefícios, riscos e abordagens alternativas no tratamento de intercorrências
Formulação de um plano de resposta rápida com base nas preferências do paciente
Alívio da dispneia, dor, ansiedade e outros sintomas na presença de instabilidade fisiológica
Atenção às necessidades imediatas (emocionais, espirituais, outras) das famílias em crise
Atenção às necessidades emocionais do TRR e de outros funcionários

Quadro 1 - Cuidados Paliativos no Contexto do TRR: Conhecimento / Habilidades Essenciais para Clínicos

Fonte: NELSON, 2015.

Desospitalização

Com a elaboração do plano de cuidados, uma das opções para o melhor tratamento é a desospitalização. Por vezes, alguns profissionais podem pensar que: “Se o paciente vai de alta, ele não é mais paliativo”, porém, o domicílio é o local mais indicado para promover CP (COLEMAN, 2004).

Segundo o Ministério da saúde (2019) o planejamento da alta deve ser programada com alguns dias de antecedência. A equipe responsável no hospital deverá comunicar à equipe multidisciplinar, principalmente a equipe do Serviço Social para avaliar o perfil do paciente e indicar a melhor forma de assistência, como a Unidade Básica de Saúde ou Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). É altamente recomendável a comunicação efetiva da equipe hospitalar com a equipe que cuidará do paciente. Além do relatório de alta é importante que as equipes discutam o caso pessoalmente ou por telefone para que detalhes do plano terapêutico possam ser alinhadas entre ambas.

Sugerimos um check list dias antes da alta programada e comunicação com a equipe multidisciplinar, avaliando a necessidade do ponto de vista de cada área:

1. Enfermagem: orientações de prevenção e ou cuidados de lesões por pressão; posicionamento no leito dentre outras orientações. Necessidade de acompanhamento de um profissional estomatoterapeuta.
2. Farmácia: transição de medicamentos, de preferência via oral. Importância em checar necessidade e disponibilidade receitas especiais como receita tipo A “ amarela” usada para prescrição de morfina, por exemplo e receita tipo B “azul” usada na prescrição de benzodiazepínicos.
3. Nutrição: avaliação e orientações, incluindo se haverá necessidade de laudos para receber dieta enteral.
4. Fonoaudiologia: Em caso de dieta oral, qual consistência de dieta indicada

e outras orientações específicas.

5. Fisioterapia: avaliação e orientações do ponto de vista motor e respiratório.
6. Terapeuta ocupacional: avaliação de necessidades de órteses, elementos que facilitem a comunicação do paciente e família, dentre outros.
7. Psicologia: avaliação de indicação de acompanhamento ambulatorial.
8. Serviço social: avaliação da necessidade de laudos para insumos (cama hospitalar e colchão articulado, cadeira de rodas e banho, dieta enteral). Laudo para desconto de fraldas; laudo para procuração; orientações para receber benefício ou dar entrada em aposentadoria.

Identificação e cuidados de fim de vida

A definição de cuidados de fim de vida pode ser variável em relação aos critérios de tempo e de performance funcional. Segundo NHS England são cuidados prestados no último ano de vida, embora em algumas condições, possam ser considerados em meses ou anos. Ainda nesse critério, pode ser considerado as últimas semanas de vida (MARTINS, 2017).

Como critério de performance é considerado em pacientes com PPS ou KPS <40%. (CARVALHO; PARSONS, 2013). Ou seja, independente do critério, significa que são pacientes com doenças avançadas, progressivas e incuráveis, com alto risco de óbito, principalmente em caso presente agravos agudos à saúde.

É comum nessa fase intercorrências clínicas mais frequentes, piora progressiva da doença de base, emagrecimento progressivo ou queda da albumina sérica e aparecimento de múltiplas insuficiências.

Após a publicação The Liverpool Care Pathway em 2014, vários documentos de políticas começaram a descrever as mudanças necessárias para uma nova assistência em fim de vida (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2009).

É necessário desenvolver sistemas que permitam que os pacientes e/ou familiares tenham suas necessidades holísticas e preferências em seu plano de atendimento. O reconhecimento precoce e definição de modelos de prestação de cuidados são imprescindíveis para garantir que pessoas nessas condições vivam bem até sua morte.

Processo ativo de morte

Carvalho e Parsons (2013), o conceito de últimas horas de vida não é exato na literatura. Reconhecer essa fase é uma habilidade clínica complexa. Evidências de estudo qualitativo mostraram que os médicos se baseiam em intuições e avaliações

prognósticas (TAYLOR; DOWDING; JOHNSON, 2017). É momento em que o paciente encontra-se em uma fase irreversível da doença, com rápido declínio, cada vez mais cansado, mais fraco e sonolento.

Nas últimas 48 horas de vida a necessidade metabólica é reduzida. O doente pode não ter nenhuma ingestão de alimentos ou líquidos. Isso sinaliza uma baixa tolerância à dieta, e caso seja ofertada dieta via enteral, há risco de vômitos e broncoaspiração.

Além disso, o paciente fica com mais imobilidade. Pode ainda apresentar agitação ou confusão. As últimas respirações podem ser longas e suspirosas ou superficiais. Este momento requer atenção plena para manejo adequado dos sintomas como dor, dispneia, sororoca. É fase de preparar paciente, família e demais membros da equipe. Momento de rever medicações essenciais para o conforto. Rever vias de medicações, considerando hipodermoclise se necessário. Reorganizar os cuidados necessários.

Quando posso fazer sedação paliativa

Sedação paliativa pode ser definida como uma redução do nível de consciência de forma deliberada a fim de permitir o controle de sintomas geradores de sofrimento e cuja resposta às medidas de controle é insatisfatória ou não ocorre em tempo útil (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CLOESSENS, 2008; CHERNY, 2009). A sedação paliativa sempre ocorre como uma última medida após as medidas convencionais de controle dos sintomas terem se mostrado falhas (CLOESSENS, 2008). O primeiro passo na avaliação da necessidade de cuidados paliativos é a identificação de sintomas refratários. É necessária a diferenciação deste dos sintomas de difícil controle (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CLOESSENS, 2008; BRAUN; HAGEN; CLARK, 2003). Um sintoma de difícil controle só é dito como refratário após exaustivas tentativas de controle, passando por medidas farmacológicas e não farmacológicas, realização de procedimentos pertinentes e avaliação por parte de especialistas na área específica (por exemplo, neurologistas e anestesiológicos) e da área de cuidados paliativos (representados em nosso Hospital pela Comissão de Cuidados Paliativos), ou quando essas medidas não podem ser tomadas em tempo hábil, tendo em vista o sofrimento imposto por esses sintomas no paciente. Vinte e sete dentre os sintomas mais comumente associados com refratariedade encontramos o delírium hiperativo, a dor e a dispneia, mas outros sintomas como convulsões também podem se tornar refratários (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CLOESSENS, 2008; ENGSTRAN, 2007). Após a definição de que o paciente apresenta sintomas refratários, a equipe

em conjunto com o próprio paciente ou seus familiares podem decidir pela realização da sedação paliativa, que pode ser dividida em duas modalidades de sedação: contínua ou intermitente (LANKEN, 2008; COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CLOESSENS, 2008; CHERNY, 2009). Um ponto central nessa decisão entre as modalidades de sedação do paciente é o prognóstico presumido do paciente, bem como o grau de aceitação por parte dele e de seus familiares desse prognóstico. Pacientes com prognóstico de sobrevida maior (dias a semanas) podem se beneficiar mais de sedação intermitente (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CHERNY, 2009) permitindo episódios de interação maior com a família e amigos, em contraste aos pacientes com perspectiva de sobrevida menor (horas a dias) que se beneficiariam de um controle mais estrito dos sintomas (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CHERNY, 2009). O nível de cognição e de consciência prévio bem como a gravidade dos sintomas também influenciam nessa decisão.

Depois de decidida a modalidade de sedação paliativa a ser realizada e sanadas as dúvidas do paciente ou de seus familiares, o médico deve decidir pela terapêutica farmacológica mais adequada, tendo em vista o principal sintoma a ser tratado. Pacientes com delirium agitado podem apresentar piora dos sintomas com o uso de benzodiazepínicos, sendo recomendado nessa situação o uso de antipsicóticos, principalmente a levomepromazina e a clorpromazina por seu efeito sedativo maior (CHERNY, 2009; KIRA, 2012). Os pacientes com outros sintomas têm como droga inicial de escolha o midazolam (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CHERNY, 2009; KIRA, 2012).

Uma vez iniciada a sedação, o paciente passará por avaliação do nível de consciência, da dose das drogas, bem como controle de sintomas. Deve-se ter como alvo menores doses possíveis da droga selecionada, de forma a obter o maior nível de consciência possível, sem comprometer o nível de sintomas. Outras drogas para controle de sintomas, principalmente opióides devem ser mantidos.

Aos pacientes que não apresentam resposta satisfatória à terapêutica inicial, pode ser acrescentada ao esquema inicial de uma droga a associação entre benzodiazepínicos e neurolépticos. (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CHERNY, 2009).

REFERÊNCIAS

ACKERMANN, R. J. Reter e retirar o tratamento de manutenção da vida. **Sou Médico Médico**, [s. L.], v. 62, n. 7, p.1555-1560, 01 out. 2000.

ARNOLD, R. M. et al. **Educational Modules for the Critical Care Communication (C3) Course - A communication skills training Program for Intensive Care Fellows**. New York: Center to Advance Palliative Care, 2010. 114 p.

ARPINO, P. A.; THOMPSON, B. T. Safety of enteral naloxone for the reversal of opiate- induced constipation in the intensive care unit. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, Oxford, v. 34, n. 2, p. 171-175, Apr. 2009.

AZEVEDO, Daniel Lima (org). O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. Rio de Janeiro: SBGG, 2016. 56p.

AZEVEDO, Daniel Lima (Org.). **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sbgg, 2017. 60 p.

BOLAND, J. et al. Palliative care for people with non-malignant lung disease: summary of current evidence and future direction.. **Palliative Medicine**, Reino Unido, v. 27, n. 9, p.811-816, 09 out. 2013.

BRAUN, T. C.; HAGEN, N. A.; CLARK, T. Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 6, n. 3, p. 345-350, June 2003.

BUCKMAN, Robert. COMMUNICATION SKILLS IN PALLIATIVE CARE. **Palliative Care**, Canadá, v. 19, n. 4, p.889-1004, 14 nov. 2001.

CAPUZZO, M; MORENO, R. P; ALVISI, R. Admission and discharge of critically ill patients. Current opinion in critical care. [S. l], v. 16, n. 5, p. 499-504, 2010.

CARVALHO, Ricardo T. et al (Ed.). **MANUAL DA RESIDÊNCIA DE CUIDADOS PALIATIVOS: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**. São Paulo: Manole, 2018.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Brasília: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. 592 p.

CHERNY, N. I. Evaluation and management of treatment-related diarrhea in patients with advanced cancer: a review. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 36, n. 4, p. 413-423, Oct. 2008.

CHERNY, N. I.; RADBRUCH, L.; BOARD OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. **Palliative Medicine**, London, v. 23, n. 7, p. 581-593, Oct. 2009.

CHERNY, Nathan I. et al. **Oxford textbook of Palliative Medicine**. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2015. 1281 p

CLAESSENS, P. et al. Palliative sedation: a review of the research literature. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 36, n. 3, p. 310-333, Sept. 2008.

CLEMENS, K. E. et al. Pharmacological treatment of constipation in palliative care. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**, Emigsville, v. 7, n. 2, p. 183-191, June 2013.

CLEMENS, K. E.; KLASCHIK, E. Management of constipation in palliative care patients. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**, Emigsville, v. 2, n. 1, p. 22-77, Mar. 2008.

COHEN, S.I.; BEWLEY, J.s.; RIDLEY, S.. GUIDELINES FOR LIMITATION OF TREATMENT FOR ADULTS REQUIRING INTENSIVE CARE. **The Intensive Care Society**, [s. L.], p.1-6, 14 fev. 2003.

COLEMAN, E. A. et al. Preparar pacientes e cuidadores para participar dos cuidados prestados em

diferentes locais: a Intervenção de Transição de Cuidados. **J. Am Geriat. Soc**, Colorado, v. 11, n. 52, p.1817-1825, 20 nov. 2004.

COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION. **Guideline for palliative sedation**. Utrecht: Royal Dutch Medical Association, 2009. 78 p.

CUNHA, B. A. Nosocomial diarrhea. **Critical Care Clinics**, Philadelphia, v. 14, n. 2, p. 329-338, Apr. 1998.

CURTIS, J. Randall; RUBENFELD, Gordon D.. Improving Palliative Care For Patients In The Intensive Care Unit. **Journal Of Palliative Medicine**, Seattle, v. 4, n. 8, p.840-854, 14 nov. 2005.

CUSTODIA, Andressa Caio Eira da; MAIA, Flávia de Oliveira Motta; SILVA, Rita de Cassia Gengo e. Escalas de avaliação da dor em pacientes idosos com demência. **Rev. dor**, São Paulo , v. 16, n. 4, p. 288-290, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000400288&lng=en&nrm=iso

DALACORTE, R. R; RIGO, J. C; SCHNEIDER, R. H; SCHWANKE, C. H. A. (edi.) **Cuidados paliativos em geriatría e gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2012.

DOWNAR, J. et al. A “pergunta surpresa” para prever a morte em pacientes gravemente enfermos: uma revisão sistemática e meta-análise. **Cmaj**, Eua, v. 13, n. 189, p.484-493, 3 abr. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28385893>>. Acesso em: 26 out. 2019.

EMANUEL, L. L; JHOSON, R. Revelação e consentimentos da verdade. **Oxford Handbook of Palliative Care**. 4. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.

ENGSTROM, J. et al. Palliative sedation at end of life - a systematic literature review. **European Journal of Oncology Nursing**: the official journal of European Oncology Nursing Society, Edinburgh, v. 11, n. 1, p. 26-35, Feb. 2007.

ERSTAD, Brian L. et al. Pain Management Principles in the Critically 111. **Chest**, [s. L.], v. 135, n. 4, p.1075-1086, 14 abr. 2009.

FARTHING, M. J. The patient with refractory diarrhoea. **Best Practice & Research. Clinical Gastroenterology**, London, v. 21, n. 3, p. 485-501, 2007.

FERRIE, S.; EAST, V. Managing diarrhoea in intensive care. **Australian Critical Care**, North Strathfield, v. 20, n. 1, p. 7-13, 2007.

FISHEL, F. S. Breaking bad news to patients. In: GABRIELLI, A.; LAYON, A. J.; YU, M. (Ed.). **Civetta, Taylor and Kirby's: critical care**. Filadélfia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2009. p. 38-43.

FLEMING, V.; WADE, W. E. A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**, Hillsborough, v. 8, n. 6, p. 514-550, Dec. 2010.

FRANCA, Eduardo Ériko Tenório de et al . Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 6-22, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Oct. 2019.

FRISOLI JÚNIOR, A; DE PAULA, A. P; FELDMAN, D; NASRI, F. Hidratação subcutânea por hipodermóclise. Um tratamento prático e de baixo custo para pacientes idosos. **Envelhecimento de drogas**. [S. L.], v. 16, n. 4, p. 313-319, Abr. 2000.

GERONTOLOGIA, Sociedade Brasileira de Geriatria e (Org.). **Dor: o quinto sinal vital abordagem pratica no idoso.** Brasília: Sbgg, 2018. 32 p.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis; WATERKEMPER, Roberta. A UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA COMO ALTERNATIVA PARA O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E HIDRATAÇÃO DO PACIENTE COM CÂNCER. **Reme – Rev. Min. Enf**, Santa Catarina, v. 9, n. 4, p.348-354, 14 Não é um mês valido! 2005. Bimestral.

HERR, Keela et al. Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. **Pain Management Nursing**, Virgínia, v. 7, n. 2, p.44-52, 14 jun. 2006. 64

HINGGINSON, I. Modelos de prestação de cuidados paliativos. In: **Oxford Handbook of Palliative Care**. 4. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Diretriz de tratamento farmacológico da dor.** São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2012. 6 p.

J. A. Diarrhea in Palliative Care 2007 [updated October]. Available from: http://www.eperc.mcw.edu/EPERC/FastFactsIndex/ff_096.htm.

JENNINGS, A. et al. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. **Thorax**, London, v. 57, n. 11, p. 939-944, Nov. 2002.

JENNINGS, A. L. et al. Uma revisão sistemática do uso de opioides no tratamento da dispneia. **Tórax**, Reino Unido, v. 57, n. 11, p.939-944, 12 nov. 2002.

KASMAN, Deborah L.. When Is Medical Treatment Futile? A Guide for Students, Residents, and Physicians. **J Gen Intern Med**, Washington, v. 19, p.1053-1056, 14 nov. 2004.

KIRA, C. M. Sedação paliativa. In: CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. (Ed.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP: ampliado e atualizado**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 517-530.

KONDO, M.; TAMAOKI, J. [The cutting-edge of medicine; Management and therapy for airway mucus hypersecretion]. **Nihon Naika Gakkai Zasshi**, Tōkyō, v. 101, n. 12, p. 3525-3532, Dec. 2012.

KVALE, Paul A.; SIMOFF, Michael. Palliative Care. **Chest**, [s. L.], v. 123, n. 1, p.284-311, 14 jan. 2003.

LAIRD, B. J. A. Barreiras a prestação de cuidados paliativos. In: **Oxford Handbook of Palliative Care**. 4. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.

LANKEN, Paul N. et al. An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses. **Am J Respir Crit Care Med**, [s. L.], v. 177, n. 1, p.912-927, 13 mar. 2008.

LEACH, R. M. Palliative care in non-malignant, end-stage respiratory disease. In: WATSON, M. L. C; HOY A. (edi). **Oxford Handbook of Palliative Care**. 4. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 1231-56.

LEVIN, Tomer T. et al. End-of-life communication in the intensive care unit. **General Hospital Psychiatry**, Australia, v. 32, p.433-442, 22 abr. 2010.

LIBRACH, S. L. et al. Consensus recommendations for the management of constipation in patients with advanced, progressive illness. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 40, n. 5, p. 761-773, Nov. 2010.

LIU, M.; WITTBRODT, E. Low-dose oral naloxone reverses opioid-induced constipation and analgesia. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 23, n. 1, p. 48-53, Jan. 2002.

LYBARGER, L. E. Hipodermóclise em casa e cuidados a longo prazo. **J Infus Nurs.**, Eua, v. 32, n. 1, p.40-44, 12 fev. 2009. Bimestral.

MARCON, A. P.; GAMBA, M. A.; VIANNA, L. A. Nosocomial diarrhea in the intensive care unit. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 10, n. 6, p. 384-389, dez. 2006.

MARTINS, M. de A. Manual do residente de clinica médica. 2. Ed. São Paulo: Manole, 2017.

MATTOS, Sérgio Luiz do Logar et al (Ed.). **Dor e Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2018. 240 p.

MEDEIROS, Rafael Barone de. **APLICAÇÃO SEQUENCIAL DA ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA EM PACIENTES PALIATIVOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL**. 2014. 50 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Cuidados Intensivos e Paliativos, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/128669/328420.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 out. 2019.

MERCADANTE, S. Diarrhea in terminally ill patients: pathophysiology and treatment. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 10, n. 4, p. 298-309, May 1995.

MERCADANTE, S. The role of octreotide in palliative care. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 9, n. 6, p. 406-411, Aug. 1994.

MORITZ, R. D. **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012. 119 p.

MORITZ, Rachel Duarte et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.422-428, 13 out. 2008.

MORRISON, R. Sean; MEIER, Diane E.. Palliative Care. **The New England Journal Of Medicine**, New York, v. 350, p.2582-2590, 06 set. 2013. Mensal.

MULARSKI, R. A. et al. Tratamento da dor na experiência de cuidados paliativos e no final da vida na UTI. **Peito**, [s. L.], v. 135, n. 5, p.1360-1369, 14 maio 2009.

NELSON, J. E. et al. Integração de cuidados paliativos no contexto de resposta rápida: um relatório do Improving Palliative Care no conselho consultivo da UTI. **Peito**, Eua, v. 2, n. 147, p.560-569, 02 fev. 2015. Mensal.

NUNES, Rui. **Diretivas antecipadas de vontade**. Brasília: Cfm, 2016. 132 p.

PARK, Inchoel. Breaking bad news education for emergency medicine residents:: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. **Journal Of Emergencies Trauma, And Shock**, [s. L.], v. 3, n. 4, p.385-388, 10 dez. 2010.

PEREIRA, I. Hipodermóclise. In: OLIVEIRA, R. A, (Coord). Cuidado Paliativo. São Paulo: CRE- MESP, 2008. p.259-72.

PONTALTI, Gislene et al. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. **Revista Hcpa**, Santa Catarina, v. 2, n. 32, p.199-207, 2012.

PONTALTI, Gislene et al. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. **Pesquisa Clínica e**

Biomédica , [S.], v. 32, n. 2 de julho de 2012. ISSN 2357-9730. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/26270> >. Data de acesso: 27 out. 2019.

PRENDSFAST, Thomas A.; PUNTIELO, Kathleen A.. Withdiawod of life Support: intensive caring at the end of life. **Jama**, [s. L.], v. 288, n. 21, p.2732-2740, 04 dez. 2002. 49

PROMMER, E. E. Established and potential therapeutic applications of octreotide in palliative care. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 16, n. 10, p. 1117-1123, Oct. 2008.

PUNTILLO, Kathleen. Evaluation of Pain in leu Patients. **Chest**, [s. L.], v. 135, n. 4, p.1069-1074, abr. 2009. 65

REGNARD, C. et al. Loperamide. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 42, n. 2, p. 319-323, Aug. 2011.

SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. 654 p.

SEAMARK, D. A.; SEAMARK, C. J.; HALPIN, D. M.. Cuidados paliativos na doença pulmonar obstrutiva crônica: uma revisão para clínicos. **Jr Soc Med.**, Eua, v. 100, n. 5, p.225-233, 12 maio 2007.

SPICT. Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte 2016. The University of Edinburgers, [S. L.], 2016.

STREECK, N. Death without distress? The taboo of suffering in palliative care. *Medicine, Health Care and Philosophy*. P. 1-9, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11019-019-09921-7>.

TAYLOR, Paul; DOWDING, Dawn; JOHNSON, Miriam. Clinical decision making in the recognition of dying: a qualitative interview study. **Bmc Palliative Care**, [s. L.], v. 16, n. 11, p.1-11, 2017.

TRUOG, Robert D. et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. **Crit Care Med**, [s. L.], v. 36, n. 3, p.953-963, 2008.

TRUOG, R. D. et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: the Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. **Critical Care Medicine**, New York, v. 29, n. 12, p. 2332-2348, Dec. 2001.

TWYGCROSS, R. et al. Stimulant laxatives and opioid-induced constipation. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 43, n. 2, p. 306-313, Feb. 2012.

VIDAL, Franciele Karoline Gonçalves et al. HIPODERMÓCLISE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. **Rev. de Atenção à Saúde**, Curitiba, v. 45, n. 13, p.61-69, 10 set. 2015. Trimestral. Disponível em: <10.13037/rbcs.vol13n45.2953>. Acesso em: 08 out. 2019.

WINTER, Bob; COHEN, Simon. ABC of intensive care Withdrawal of treatment. **Bmj**, [s. L.], v. 319, p.306-308, 14 jul. 1999.

Working Party of the Merseyside and Cheshire Specialist Palliative Care and Cardiac Clinical Networks. Symptom Management Guidelines for patients in the later stages of heart failure and criteria for referral to specialist palliative care 2009.

YATES, P et al. Cuidados de suporte e paliativos para pacientes com câncer de pulmão. **J Thorac Dis**, Austrália, v. 5, n. 5, p.623-638, 14 out. 2013.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acreditação hospitalar 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21

Amamentação 39, 40, 41

Assistência de Saúde 145, 150

Atenção Básica 6, 7, 23, 57, 60, 61, 64, 70, 121, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 212

Atenção Psicossocial 234, 235, 236, 237, 238

Atuação 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 20, 21, 25, 39, 43, 45, 48, 49, 50, 52, 54, 55, 59, 60, 62, 63, 65, 68, 69, 80, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 109, 116, 117, 121, 125, 127, 129, 132, 134, 138, 139, 141, 142, 147, 150, 156, 157, 200, 205, 234, 235, 236, 237

B

Benefícios 3, 39, 41, 47, 50, 91, 112, 132, 158, 171, 175, 188, 228

C

Centros de saúde 114, 151

Creche 197, 199, 200, 201, 202, 203

Cuidado de Enfermagem 97, 143, 222, 224, 231

Cuidados paliativos 164, 165, 166, 167, 168, 175, 187, 190, 192, 193, 194, 195, 196

Cuidados paliativos em enfermagem 164

D

Diabetes mellitus 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 70, 71

Doença de Raynaud 72

Doulas 81, 82, 83, 84, 85, 86

E

Educação e Saúde 197

Enfermagem 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 46, 51, 54, 55, 56, 58, 59, 72, 73, 74, 75, 80, 84, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 119, 120, 121, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 147, 148, 151, 154, 155, 157, 161, 162, 163, 176, 188, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 224, 225, 226, 228, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239

Enfermagem Obstétrica 43, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 228

Equipe de Enfermagem 14, 15, 17, 18, 19, 21, 34, 42, 99, 100, 101, 102, 108, 111, 113, 120, 121, 123, 125, 143, 157, 161, 176, 205, 213, 235, 236, 237, 238

Estratégia de Saúde da Família 34, 60, 62, 126, 127, 218, 219

Estrutura Física 145, 147, 149, 150, 151, 211

F

Fatores de risco 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 101, 111, 146, 185

Formação profissional 15, 65, 86, 95, 129, 142, 156, 202, 209, 211, 220

H

Hipertensão 36, 56, 60, 61, 63, 70, 71, 75, 115, 122, 148, 175, 200

Hipotermia Induzida 152

Hospital 12, 13, 14, 19, 21, 22, 43, 55, 59, 74, 75, 82, 83, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 126, 130, 132, 134, 139, 140, 141, 143, 152, 153, 154, 155, 164, 188, 190, 194, 207, 212, 213, 214, 222, 228, 239

Humanização 37, 81, 82, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 123, 126, 129, 143, 146, 150, 196, 224, 232

Humanização da assistência 81, 82, 90, 94, 96, 129, 224

L

Leite materno 39

M

Manejo de sintomas 164

Mulher 2, 10, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 51, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 97, 122, 148, 198, 223, 225, 227, 228, 229, 230, 232

P

Parada Cardiopulmonar 152, 154

Parto Humanizado 81, 92, 98, 230

Pé diabético 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59

Pesquisas em saúde 215

S

Saúde da Mulher 10, 30, 34, 81, 122, 148

Saúde do homem 114, 127

Saúde do trabalhador 100, 112

Segurança do Paciente 12, 17, 21, 22, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214

Síndrome de Sjögren 72, 73, 74, 77, 80

Sofrimento Moral 215, 216, 217, 218, 219, 220

T

Teoria do conforto 222, 224, 225, 231, 232

Trabalho 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 34, 37, 47, 48, 57, 67, 69, 70, 73, 81, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 106, 107, 109, 111, 112, 113, 116, 122, 123, 124, 128, 129, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 144,

148, 150, 151, 182, 185, 197, 198, 199, 204, 208, 209, 210, 211, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 238

Trabalho de parto 11, 81, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 94, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 232

Transtornos Traumáticos Cumulativos 100

U

Úlcera varicosa 114

Urgência obstétrica 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9

UTI 74, 108, 109, 111, 113, 152, 162, 166, 183, 195

V

Violência Doméstica 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

Voluntariado 84, 86, 129, 135, 136

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-828-1



9 788572 478281