



MANUAL DE CONDUTAS EM

# CUIDADOS PALIATIVOS

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Leticia Loureiro da Silva | Yuji Magalhães Ikuta | Laiane Moraes Dias  
Mariana Cayres Vallinoto | Crystal Dalmaso Gobbi | Hyvina Paula Peres Duarte  
(organizadores)

  
Ano 2023



MANUAL DE CONDUTAS EM

# CUIDADOS PALIATIVOS

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Leticia Loureiro da Silva | Yuji Magalhães Ikuta | Laiane Moraes Dias  
Mariana Cayres Vallinoto | Crystal Dalmaso Gobbi | Hyvina Paula Peres Duarte  
(organizadores)

  
Ano 2023

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremona

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camilli Gayde

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial**  
**Ciências Biológicas e da Saúde**

- Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso
- Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília
- Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
- Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
- Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
- Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
- Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina
- Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
- Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
- Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
- Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
- Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
- Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
- Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
- Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
- Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
- Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
- Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
- Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
- Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
- Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
- Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
- Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
- Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
- Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
- Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
- Profª Drª Lara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
- Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
- Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
- Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba–UFDP
- Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
- Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
- Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
- Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
- Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
- Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
- Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
- Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
- Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
- Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

# Manual de condutas em cuidados paliativos na atenção primária à saúde

**Diagramação:** Ellen Addressa Kubisty  
**Correção:** Yaiddy Paola Martinez  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadores:** Leticia Loureiro da Silva  
 Yuji Magalhães Ikuta  
 Laiane Moraes Dias  
 Mariana Cayres Vallinoto  
 Crystal Dalmaso Gobbi  
 Hyvina Paula Peres Duarte

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)</b>	
M294	<p>Manual de condutas em cuidados paliativos na atenção primária à saúde / Organizadores Leticia Loureiro da Silva, Yuji Magalhães Ikuta, Laiane Moraes Dias, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Outros organizadores            Mariana Cayres Vallinoto            Crystal Dalmaso Gobbi            Hyvina Paula Peres Duarte</p> <p>Formato: PDF            Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader            Modo de acesso: World Wide Web            Inclui bibliografia            ISBN 978-65-258-2062-0            DOI: <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.620231611">https://doi.org/10.22533/at.ed.620231611</a></p> <p>1. Cuidados paliativos. I. Silva, Leticia Loureiro da (Organizadora). II. Ikuta, Yuji Magalhães (Organizador). III. Dias, Laiane Moraes (Organizadora). IV. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 616.029</p>
<b>Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166</b>	

**Atena Editora**  
 Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
 Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CUIDADOS PALIATIVOS.....</b>	<b>2</b>
<b>CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>	<b>4</b>
<b>AValiação DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS E ÍNDICES PROG- NÓSTICOS .....</b>	<b>5</b>
<b>PRINCIPAIS ASPECTOS A SEREM ABORDADOS EM PACIENTES EM CUI- DADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....</b>	<b>10</b>
Dor .....	10
Delirium .....	16
Dispneia.....	18
Náuseas e Vômitos.....	21
Constipação Intestinal e diarreia .....	23
Disfagia.....	26
Dieta enteral .....	28
Hipodermóclise.....	29
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>

# INTRODUÇÃO

Este guia tem como proposta alcançar todos os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) com enfoque na informação de questões práticas, atualizadas e concisas sobre os principais aspectos a serem abordados em pacientes com necessidade de cuidados paliativos, sobretudo naqueles pacientes em fim de vida.

O planejamento antecipado de cuidados deve ser a base do atendimento destes pacientes, e as decisões de tratamento devem ser orientadas pelos objetivos de cuidado, sendo o alívio do sofrimento o objetivo principal. Estudos mostram vários benefícios dos cuidados paliativos como tratamento primordial em pacientes em fim de vida.

É objetivo deste guia contribuir com a melhor assistência ao paciente com necessidade de cuidados paliativos na atenção primária à saúde, abordando desde a prevenção até o alívio do sofrimento, seja ele de origem física, emocional, psicossocial e/ou espiritual, do paciente e de seus familiares, sendo os profissionais da APS os atores principais neste cenário.

# CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos (CP) são os cuidados holísticos ativos de indivíduos de todas as idades com sofrimentos importantes relacionados à saúde devido a doenças graves e, principalmente, de pessoas próximas ao final da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores.<sup>1</sup> Sendo uma abordagem que previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, da avaliação e do tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais.<sup>2</sup>

Os CP podem ser prestados juntamente com terapias destinadas a tratar a doença subjacente ou prolongar a vida (por exemplo, quimioterapia), sendo apropriado em qualquer idade ou estágio de doença grave<sup>3</sup>.

Os princípios dos cuidados paliativos:<sup>4</sup>

- Incluem prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gerenciamento de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas angustiantes, sofrimento psicológico, espiritual e necessidades sociais. Sempre que possível, essas intervenções devem ser baseadas em evidências.
- Fornecem suporte para ajudar os pacientes a viver o mais plenamente possível até a morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando-os, junto de suas famílias, a determinar os objetivos do tratamento.
- São aplicáveis durante todo o curso da doença, de acordo com as necessidades do paciente.
- São fornecidos em conjunto com terapias modificadoras da doença sempre que necessário.
- Podem influenciar positivamente o curso da doença.
- Não pretendem apressar nem adiar a morte; afirmam a vida e reconhecem a morte como um processo natural.
- Fornecem suporte à família e aos cuidadores durante a doença do paciente e em seu próprio luto.
- São oferecidos reconhecendo e respeitando os valores e crenças culturais do paciente e da família.
- São aplicáveis em todos os ambientes de cuidados de saúde (local de residência e instituições) e em todos os níveis (primário a terciário).
- Podem ser fornecidos por profissionais com treinamento básico em cuidados paliativos.
- Requerem cuidados paliativos especializados com equipe multiprofissional para encaminhamento de casos complexos.

Oferecer cuidados paliativos, desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, possibilita amparar o paciente e seus familiares em diferentes momentos da evolução

da sua enfermidade, hierarquizando e otimizando recursos diagnósticos e terapêuticos, avaliando os riscos e benefícios, para um cuidado amplo no alívio do sofrimento.<sup>5</sup>

Em 31 de outubro de 2018, o Ministério da Saúde publicou a resolução nº 41, que regulamenta a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde.<sup>6</sup> A resolução propõe, que nas redes de atenção à saúde, as preferências da pessoa doente sejam identificadas e valorizadas quanto ao tipo de cuidado e tratamento médico que receberá. A resolução define que os cuidados paliativos devam estar disponíveis na atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência, abrangendo todos os pontos da rede. A partir desta publicação, torna-se possível definir diretrizes de cuidado e aprimorar a oferta do cuidado.<sup>7</sup>

# CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

AAPS é cenário importante para o desenvolvimento de ações em cuidados paliativos, pela sua capacidade de avaliar o indivíduo de forma integral, abrangendo a sua situação de saúde, sua família e o contexto social no qual está inserido. Outros pontos de destaque da APS são a atribuição de coordenação do cuidado com os serviços especializados quando necessário e o vínculo que constitui e reforça a longitudinalidade do cuidado, auxiliando nos processos de comunicação honesta sobre a situação, bem como no preparo da família/cuidadores diante da iminência de morte, sendo um cuidado efetivo, compreensivo e respeitoso, de maneira compatível com as crenças e práticas culturais de saúde do usuário.<sup>1</sup>

Um grande desafio para a prática adequada do cuidado paliativo e uma boa avaliação do paciente é a identificação de parâmetros que apoiem de forma científica e clínica o diagnóstico. São necessários conhecimentos técnicos e humanos aliados à percepção da pessoa como principal ator envolvido no processo de adoecer e morrer. Além disso, é fundamental o envolvimento da equipe, da família e do paciente para as tomadas de decisões que levarão ao evento final. Para isso é necessária uma prática singular com cada paciente.<sup>1</sup>

As principais doenças que requerem cuidados paliativos, segundo as estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) no contexto dos adultos (indivíduos com 15 anos ou mais), são as cardiovasculares (38,5%), as neoplasias (34,0%), a doença pulmonar obstrutiva crônica (10,3%), a aids (5,7%) e o diabetes mellitus (4,6%).<sup>2</sup> Observa-se que indivíduos com necessidade de cuidados paliativos estão presentes no contexto da APS, porém ainda é um desafio, para os serviços de saúde, identificá-las.<sup>3</sup>

Em revisão de literatura realizada por Justino et al (2020), as práticas de cuidados paliativos na APS ainda têm sido realizadas de forma incipiente e, quando ocorrem, apresentam limites, como a descontinuidade do cuidado, a complexidade e/ou dificuldades nos cuidados paliativos no domicílio, as peculiaridades dos cuidados paliativos com demandas de alto custo - infraestrutura, o número insuficiente de visitas dos profissionais de saúde, as abordagens multiprofissionais limitadas, a insuficiência na formação profissional, a reduzida produção científica na área, a necessidade de estruturação da APS para este fim, a existência de protocolos muito gerais de atenção e dificuldades de acesso ao apoio psicológico.<sup>4</sup>

# AValiação DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS E ÍNDICES PROGNÓSTICOS

A detecção de pacientes com necessidade da abordagem dos CP deve ser realizada a partir da identificação de todo e qualquer indivíduo que esteja acometido de uma doença que seja ameaçadora à vida, seja esta aguda ou crônica e independente da faixa etária.<sup>1</sup> Para isso, é possível fazer uso de uma ferramenta de triagem conhecida como “Palliative Care Screening Tool (PCST)”.

A escala PCST visa analisar quatro aspectos essenciais: doença de base, doenças associadas, estado funcional do paciente e as condições pessoais. A decisão de recomendar ou não CP, de acordo com a PCST, é baseada na soma de pontos e é definida da seguinte maneira: somatória dos critérios até dois pontos não há indicação de CP; até três pontos o paciente passará por observação clínica; e somatória maior ou igual a quatro pontos há indicação de CP.<sup>2, 3, 4</sup>

## Palliative Care Screening Tool (PCST)

<p>Critério número 1 - Doenças de base - dois pontos para cada subitem</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Câncer-metástase ou recidiva</li><li>2. Doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC avançada - repetidas exacerbações</li><li>3. Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) - decréscimo de função motora maior ou igual 25%</li><li>4. Insuficiência renal grave - insuficiência cardíaca &lt;10ml/min</li><li>5. Insuficiência cardíaca grave - insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo FE &lt;25%, miocardiopatia ou insuficiência coronariana significativa.</li><li>6. Outras doenças limitantes à vida do paciente.</li></ol>
<p>Critério número 2 - Doenças associadas - um ponto pra cada subitem:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Doença hepática</li><li>2. Doença renal moderada - clearance de creatinina &lt; 60ml/min.</li><li>3. DPOC moderada - quadro clínico estável</li><li>4. ICC moderada - quadro clínico estável</li><li>5. Outras doenças associadas - o conjunto delas vale 1 ponto.</li></ol>
<p>Critério número 3 - Condição funcional do paciente</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Condição funcional do paciente - Esse critério avalia o grau de deficiência do paciente, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas confinado ao leito ou à cadeira de rodas.</li><li>2. Pontua-se 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou ao cadeirante).</li></ol>
<p>Critério número 4 - Condições pessoais do paciente - um ponto para cada subitem:</p> <p>Condições pessoais do paciente - um ponto para cada subitem:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Necessita de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas.</li><li>3. Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base</li><li>4. Internações prolongadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico</li></ol>

Logo, a incorporação dos CP ao plano terapêutico deve começar no momento do diagnóstico da doença, mesmo quando se vislumbra a possibilidade de um tratamento com enfoque na cura. A partir da transição do cuidado curativo para o cuidado com intenção paliativa, a abordagem de palição deve ser ampliada, respeitando a individualidade de cada paciente e as particularidades de evolução de cada doença. Esta integração possibilita melhor controle dos sintomas, assim como das condições clínicas e da qualidade de vida desses indivíduos.<sup>5,6</sup>

### 3.1 Avaliação do paciente em CP na APS

A avaliação funcional em CP desempenha um papel crucial na monitorização do curso da doença, fornecendo informações essenciais para a tomada de decisões pela equipe da APS. Tornando-se um recurso valioso para prever o prognóstico e o diagnóstico da terminalidade, sendo fundamental no planejamento do tratamento e no cuidado dos pacientes.<sup>7</sup>

A escala Eastern Cooperative Oncology Group - Performance Status (ECOG-PS) avalia o impacto da doença nas atividades diárias do paciente, utilizando uma escala de pontuação que varia de zero a cinco pontos. A pontuação cinco corresponde à condição de óbito, enquanto zero representa um paciente totalmente ativo.<sup>8</sup>

Eastern Cooperative Oncology Group - Performance Status (ECOG-PS)

Valor	Descrição da capacidade funcional	Equivalência KPS
0	Atividade normal	90 - 100%
1	Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal	70 - 80%
2	Fora do leito mais de 50% do tempo	50 - 60%
3	No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	30 - 40%
4	Restrito ao leito	20 - 10%
5	Óbito	0

A Escala de Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) é uma ferramenta usada para medir a gravidade dos sintomas. Nesta escala numérica, o paciente classifica a intensidade de seu sintoma em uma escala de zero a dez, onde zero indica a ausência do sintoma e dez representa a intensidade máxima possível. Os sintomas avaliados por essa escala incluem dor, fadiga, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, perda de apetite, sensação de bem-estar e dispneia. Uma pontuação de um a três é considerada leve; de quatro a sete, moderado; e maior que sete, intenso.<sup>9,10</sup>

### Escala de Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Sem dor	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço (fraqueza)	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço (fraqueza) possível
Sem náusea (enjoo)	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea (enjoo) possível
Sem depressão	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
Melhor apetite	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Por apetite possível
Melhor sensação de bem-estar	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de mal-estar possível
Sem falta de ar	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível
Melhor sono	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sono possível

## 3.2 Prognóstico do paciente em CP

Outras escalas auxiliam na avaliação da funcionalidade do paciente em CP, como também contribuem para direcionar os profissionais da APS em relação ao prognósticos desses pacientes.

A escala Karnofsky Performance Status (KPS) avalia a capacidade funcional do paciente em termos percentuais, levando em consideração sua habilidade para realizar atividades de trabalho, cuidados pessoais e a necessidade de atendimento médico frequente devido à progressão da doença. O KPS é dividido em 11 categorias, cada uma pontuada em intervalos de 10%. Uma pontuação mais baixa indica uma funcionalidade reduzida (100% representa funcionalidade completa, enquanto 0% indica a condição de falecimento). Quanto menor a funcionalidade, maior é o risco de reações adversas ao tratamento e menor é a probabilidade de sobrevida.<sup>11, 12</sup>



### Karnofsky Performance Status (KPS)

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

A Escala de Performance Paliativa (PPS) avalia o prognóstico e a funcionalidade do paciente, mas também pode ser utilizada para indicar a necessidade de CP. A análise é feita de acordo com cinco parâmetros: mobilidade, atividades diárias, sinais de doença, capacidade de autocuidado, ingestão de alimentos e estado de consciência. Essa escala é pontuada de 0% a 100%, sendo que um paciente com pontuação inferior a 40% indica a necessidade de cuidados paliativos.<sup>13, 14</sup>

### Escala de Performance Paliativa (PPS)

%	Itens avaliados				
	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência da doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência da doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência da doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência da doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> , doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	Idem	Dependência quase completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada acolheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	Idem	Idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

O prognóstico do paciente depende de vários elementos. Certamente, a natureza da doença e sua gravidade são cruciais, mas fatores como idade, condições médicas adicionais, níveis de funcionalidade e tratamentos prévios também têm relevância significativa. Nesse sentido, devido à complexidade desses aspectos, a integração das avaliações clínicas com o uso de escalas de prognóstico, tornam-se de grande valia para uma análise mais completa e precisa.<sup>15</sup>

# PRINCIPAIS ASPECTOS A SEREM ABORDADOS EM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## DOR

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é conceituada, atualmente, como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”. Essa definição pode ainda ser completada por seis notas explicativas que ampliam a compreensão sobre a dor:<sup>1</sup>

1. A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.
2. Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos.
3. Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor.
4. O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado.
5. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.
6. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor.

Essas seis notas explicativas ampliam a definição de dor e reconhecem que esta é composta por fatores que vão para além dos aspectos unicamente biológicos, mas também por outros fatores relevantes como a cognição, os comportamentos, os fatores culturais e educacionais.<sup>1, 2, 3</sup>

A dor pode ser classificada quanto ao tempo em aguda (duração inferior a 30 dias) ou crônica (duração superior a 30 dias), e quanto ao seu mecanismo fisiopatológico: a) dor de predomínio nociceptivo (por exemplo, a dor muscular ou articular), b) dor de predomínio neuropático (por exemplo, a dor pós herpética ou a da neuropatia diabética) e c) dor mista.<sup>4</sup>

Na dor nociceptiva, as vias nociceptivas encontram-se preservadas e são decorrentes da ativação de nociceptores (neurônios sensoriais primários de alto limiar) de tecidos cutâneos (dor somática) ou profundos (dor visceral) por estímulos mecânicos intensos.<sup>5</sup>

Já na dor inflamatória, o nociceptor é sensibilizado e tem seu limiar de excitabilidade diminuído, facilitando a resposta a estímulos ativadores. Quando a estimulação é intensa e prolongada, ocorre sensibilização dos neurônios centrais, os quais reagem tanto à estimulação nociceptiva quanto à estimulação inflamatória. Dessa forma, tem-se os

estímulos mecânicos não dolorosos tornando-se dolorosos (por exemplo o toque) os estímulos nociceptivos interpretados como mais intensos.<sup>6</sup>

Por fim, a dor neuropática é caracterizada por lesão das estruturas do sistema nervoso periférico (SNP). Os nociceptores são modificados lentamente e potenciais ectópicos surgem ao longo das fibras dos troncos nervosos, nas raízes nervosas e nos gânglios sensitivos aferentes do SNP.<sup>7, 8</sup>

Tendo em vista que a dor é uma experiência única e estritamente individual, essa sempre será o que o próprio paciente referir e descrever. Portanto, na avaliação da dor, é imprescindível que o paciente possa discorrer sobre o seu sintoma, para que o profissional possa chegar em um diagnóstico, em uma implementação terapêutica e em uma posterior avaliação de sua eficácia.<sup>9</sup>

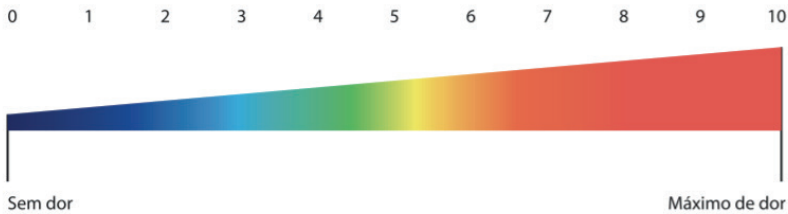
Quando se trata de dor, esta não é passível de ser mensurada da mesma maneira e com a mesma precisão que os sinais vitais, a exemplo pressão arterial ou da temperatura, em contrapartida, o desconforto que traz consigo, conforme sua intensidade, pode ocasionar alterações nos demais sinais e até mesmo na hemodinâmica do indivíduo. Considerando esses aspectos, a partir do ano de 1996 a dor passou a ser considerada como um “quinto sinal vital”, ressaltando a necessidade de que seu alívio seja contido assim como os demais sinais vitais, com necessidade de abordagem ativa e sistemática em toda avaliação clínica, seja no nível ambulatorial, hospitalar ou em Instituição de Longa Permanência (ILP).<sup>10, 11</sup>

Com o aumento do número de pacientes que são acometidos por doenças com prognóstico fatal, surge a necessidade de cuidados que visem oferecer qualidade de vida a essas pessoas e buscando prevenir e aliviar sintomas, a exemplo da dor, a qual se faz presente e que tanto causa sofrimento físico, psicoemocional e espiritual aos pacientes. Nesse sentido, o manejo da dor nos cuidados paliativos ganhou espaço e tornou-se essencial para uma oferta de assistência e cuidado qualificada e de qualidade.<sup>12</sup>

## Escalas

Com a finalidade de uma avaliação mais objetiva da dor, algumas escalas foram validadas, dentre elas, a escala visual numérica, uma das mais aplicadas na população geral, a qual quantifica a intensidade da dor, ou seja, quantifica a dimensão sensorial da dor, de forma rápida e de fácil aplicação. Nela o paciente classifica a dor de 0 a 10, sendo que 0 significa “ausência de dor”, e 10, “dor insuportável” ou “pior dor da vida”.<sup>13</sup>

## Escala Visual Numérica



Pacientes com demência avançada apresentam dificuldade para expressar a sua dor. Para isso, foram criadas escalas específicas no intuito de mensurar a dor destes pacientes. Dentre elas, destaca-se a Pain Assessment in Advanced Dementia - PANAID. Esta foi originada em 2003 para uso na avaliação de dor em idosos portadores de demência avançada. É composta pelos indicadores: respiração, vocalização, expressão corporal e consolabilidade, cada um deles pontuando de 0 a 2 pontos, numa escala métrica de zero a dez pontos. Pontuação maior é indicativa de maior intensidade da dor. É de fácil aplicabilidade, requerendo menos de 5 minutos para seu preenchimento. A versão brasileira já teve as propriedades psicométricas de validade, confiabilidade e concordância interavaliadores analisadas.<sup>10</sup>

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

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

Outros instrumentos para avaliação da dor são o Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS) e o questionário DN4. Ambos já são validados para a língua portuguesa e são padrão ouro internacional para diagnóstico diferencial de dor neuropática.<sup>14</sup>

Além destes, o questionário McGill de dor (versão breve) pode também ser utilizado, visto que avalia aspectos multidimensionais da dor através de 15 descritores, sendo 8 descritores para avaliação da sensação física da dor, 5 descritores que avaliam o componente emocional da dor e 2 descritores que mostram como o paciente faz a avaliação global da sua dor. Esse questionário ainda conta com um diagrama no qual o paciente é capaz de localizar e relatar a intensidade atual de sua dor.<sup>15, 16</sup>

## **Tratamento**

### ***Tratamento não medicamentoso***

O tratamento da dor crônica não deve ser focado exclusivamente no uso de medicações, sendo a abordagem multidisciplinar extremamente importante para o sucesso do tratamento. A combinação de métodos farmacológicos e não farmacológicos para controle da dor a longo prazo proporciona efeito analgésico melhor do que o emprego isolado de cada um deles. O tratamento não farmacológico apresenta vários benefícios, como o baixo custo, pouco ou nenhum efeito colateral e o fato de não ser invasivo, além de cuidar de maneira integral da dor dos pacientes, considerando aspectos individuais de cada um.<sup>10, 14</sup>

No ano de 2016 foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). As Terapias Complementares (TC) são compreendidas como um conjunto de métodos, terapias ou produtos que não fazem parte da medicina alopática e que consistem em práticas de atenção à saúde, sejam estas visando a prevenção, o tratamento, a cura ou a reabilitação, com abordagem holística e integral do ser humano. Dentre essas práticas, as principais são: acupuntura, musicoterapia, meditação, yoga, arteterapia, aromaterapia, meditação e florais.<sup>17, 18</sup>

### ***Tratamento medicamentoso***

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugeriu a ordenação e padronização do tratamento analgésico baseado em uma escada de quatro degraus, de acordo com a intensidade da dor que o paciente apresenta. Na escada analgésica:

1º degrau - dor fraca (EVN / PANAID - 1 a 3): analgésicos simples e anti inflamatórios não hormonais (AINES).

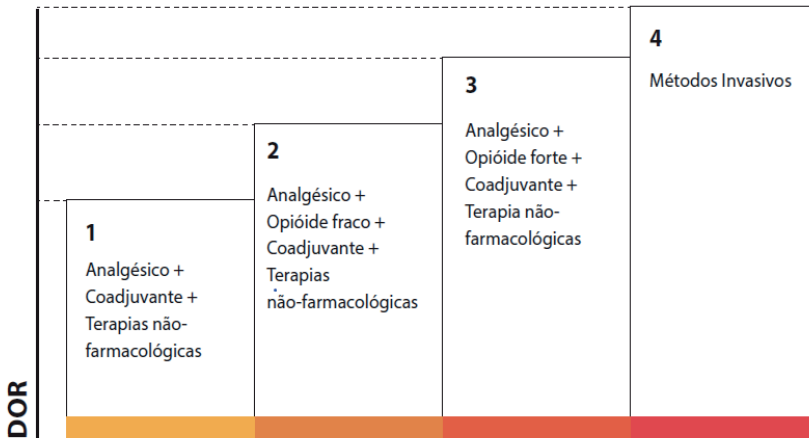
2º degrau – dor moderada (EVN / PANAID - 4 a 6): adiciona-se um opióide fraco

3º degrau – dor de alta intensidade (EVN / PANAID  $\geq$ 7): substitui-se o opióide fraco por um forte

4º degrau – dor refratária à farmacoterapia: indicados procedimentos intervencionistas (ex: epidural, bombas infusoras implantadas, neuroestimuladores medulares).<sup>10</sup>

Os medicamentos adjuvantes devem ser associados em todos os degraus da escada, de acordo com as indicações específicas (antidepressivos, anticonvulsivantes, neurolépticos, relaxantes musculares etc.).

### Escada Analgésica da OMS (Modificada)



Os princípios da farmacoterapia propostos pela OMS podem ser resumidos pelo uso da escada analgésica; priorização da via oral sempre que possível; administração dos analgésicos em intervalos regulares de tempo; individualização das doses de opióides; e reavaliação frequente da dor para melhor adequação do tratamento.

Considerações:

No 1º degrau da escada, indica-se os analgésicos simples (flupirtina, viminol, dipirona, paracetamol) e os anti-inflamatório não hormonais (AINE). Estes últimos, devem ser raramente considerados em idosos, mas quando o forem, deve-se ter cautela com as doses e o tempo de uso.

Os opióides são usados para dor moderada a intensa. Dentre os opióides fracos temos a codeína e o tramadol. A escolha terapêutica entre os dois se dará de acordo com o perfil de efeitos adversos dos mesmos. O tramadol apresenta vantagens na modulação das dores neuropáticas e mistas.

No grupo dos opióides fortes, temos morfina, metadona, oxycodona, fentanil e buprenorfina. Dentre os efeitos colaterais comuns estão: náuseas, vômito, prurido, tontura, xerostomia, obstipação, retenção urinária, sonolência, confusão mental e euforia.

De maneira geral, os opióides possuem um bom perfil de segurança e apesar do risco de depressão respiratória, essa complicação é considerada rara mediante uma prescrição cuidadosa. Sempre deve ser iniciada a menor dose possível e ajuste gradativo

de acordo com a necessidade, até se atingir a melhor resposta sobre a dor, com menos efeitos adversos. Para maiores detalhes sobre a prescrição de opioides, ver o manual “Dor: o quinto sinal vital, abordagem prática no idoso”, elaborado pela comissão de dor da SBGG (2018).<sup>10</sup>

Como mencionado anteriormente, a dor é classificada segundo seu mecanismo fisiopatológico em três tipos diferentes. A dor de predomínio nociceptivo (dor nociceptiva) está relacionada à lesão de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares e geralmente responde bem ao tratamento sintomático com analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroides (AINES). Já a dor neuropática é definida como dor iniciada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, a qual responde pobremente aos analgésicos usuais, a exemplo do paracetamol, dipirona, AINES e opioides fracos.<sup>4</sup>

#### Tratamento medicamentoso da dor em cuidados paliativos

<b>Droga</b>	<b>Posologia</b>
Dipirona	<p>Apresentada na forma de solução oral 50mg/mL e 500mg/mL, comprimido de 500 mg e 1 g, comprimido efervescente de 1g, solução injetável: 500 mg/mL – ampola com 2 mL, supositório de 300 mg</p> <p>Uso oral: 500 mg a 1 g VO 4x/dia</p> <p>Uso injetável: 2-5 ml EV lenta ou IM 1x/dia. Dose máxima 10 mL/dia (pode ser diluída com Soro Fisiológico 0,9%, Soro Glicosado 5% ou Ringer Lactato)</p>
Paracetamol	<p>Apresentado na forma de comprimidos de 500mg e 750 mg; solução oral de 15ml (200mg/ml), para uso oral.</p> <p>As posologias indicadas são de 325 a 500 mg/dose a cada 3 ou 4 horas. Pode ser administrado ainda uma dose de 750 a 1000mg a cada 6 horas. A dose máxima diária é de 4g.</p>
Codeína	<p>Apresentada na forma de comprimidos: paracetamol 500 mg + fosfato de codeína 7,5 mg; paracetamol 500 mg + fosfato de codeína 30 mg; Dose inicial: 1 comprimido VO até 4/4 horas; Dose máxima: 240 mg de fosfato de codeína e 4000mg de paracetamol VO de 24/24 horas.</p> <p>Codeína 30 mg. Dose inicial: 1 comprimido VO de 6 em 6 horas. Dose máxima: 360 mg/dia.</p>
Tramadol	<p>Apresentado na forma de solução injetável: 50mg/mL (frasco-ampola com 1 ou 2 mL), cápsula dura de 50 mg; cápsula de liberação prolongada de 50 mg e 100 mg; comprimido revestido de liberação prolongada de 100 mg; solução oral de 100 mg/mL;</p> <p>Posologia VO/EV: 50-100 mg VO/EV de 4/4 ou 6/6 horas. EV lenta; VO;</p> <p>Diluição: diluir a dose em SF 0,9% com solução final de concentração entre 5-25 mg/ mL</p> <p>Posologia cápsulas e comprimidos de liberação prolongada: 50-100 mg VO 2x/dia;</p> <p>Posologia solução oral: 20-40 gotas (50-100mg) VO de 4/4 ou 6/6 horas. 40 gts = 1mL;</p> <p>*Dose máxima= 400 mg/dia</p>



Morfina	<p>Apresentada na forma de comprimido simples de 10 mg e 30 mg e solução injetável de 0,1 mg/mL, 0,2 mg/mL, 1,0 mg/mL e 10 mg/mL; Solução oral (gotas) de 10 mg/mL; No SUS é disponibilizado em forma de solução injetável de 10 mg/mL, solução oral de 10 mg/mL e comprimido de 10 mg e 30 mg.</p> <p>- EV: 2-10 mg/70kg de peso (modo de uso: EV direta 3-5 minutos; ou EV intermitente 15-30 minutos; Diluição: EV direta → diluir 2,5 – 15 mg em 4-5 mL de água para injetáveis; EV intermitente → (10mg/mL) 10 mL + 90 mL de SF 0,9% ou SG 5%);</p> <p>- Uso SC: 5-20 mg/70 kg de peso.</p> <p>Para dose inicial, considerar dose prévia de opioide. Não possui teto de dose máxima, o que limita o seu aumento são os efeitos colaterais.</p> <p>Legenda: EV: endovenoso; SC: subcutâneo</p>
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IM - intramuscular

EV - endovenoso

VO - via oral

SC - subcutâneo

ml - mililitro

L - litro

mg - miligrama

g - gramas

Fonte: Adaptado do Guia de bolso da farmacologia clínica e Manual de cuidados paliativos<sup>19,20</sup>

## DELÍRIUM

O delirium é caracterizado como uma síndrome neuropsiquiátrica marcada por confusão mental de início agudo, curso flutuante, podendo o paciente ter diminuição da atenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência. É multifatorial, podendo ser causado por doenças (ex: infecciosas, metabólicas, cardiopulmonares, cerebrovasculares), medicamentos, mudanças ambientais (ex: internação hospitalar), dentre outros.<sup>1</sup>

Esse diagnóstico pode se apresentar de duas maneiras: hiperativa ou hipoativa. A forma hiperativa é a mais comum, na qual ocorre agitação, hipervigilância, alucinações e agressividade. Já a forma hipoativa, o paciente fica confuso, aparenta estar sedado, com olhar fixo e apático. Além disso, o paciente pode apresentar as duas formas juntas, caracterizando o delirium misto.<sup>2</sup> Cerca de 25 a 75% dos pacientes em Cuidados Paliativos desenvolvem pelo menos um quadro de delirium, podendo ser de qualquer tipo, durante a evolução da doença de base.<sup>3</sup>

Um dos métodos mais utilizados para avaliação de delirium é o CAM (avaliação de confusão mental), o qual avalia 4 critérios: 1) início agudo e curso flutuante; 2) Desatenção; 3) Pensamento desorganizado; 4) Alteração do nível de consciência. A presença dos critérios 1 e 2, mais 3 ou 4, indica a presença de confusão mental e é indicativa de delirium.<sup>4</sup>

Versão em português do Confusion Assessment Method (CAM)	
<i>(Presença dos 3 itens do primeiro bloco + 1 ou 2 itens do segundo segure delirium)</i>	
<b>1) Início agudo e curso flutuante</b> Há evidência de mudança aguda do estado mental de base do paciente? Esse comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade?	( ) ( )
<b>2) Distúrbio de atenção</b> O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção, isto é, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?	( )
<b>3) Pensamento desorganizado</b> O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?	( )
<b>4) Alteração do nível de consciência</b> O paciente encontra-se hiperalerta (hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente), letárgico, em estupor ou coma?	( )

Fonte: Adaptado do Manual de Cuidados Paliativos da ANCP 2 ed.<sup>5</sup>

A presença de delirium gera angústia para o paciente e atrapalha na avaliação dos seus sintomas, sendo imprescindível prevenir sua ocorrência. Para isso é necessário identificar os principais fatores de risco: déficit cognitivo, uso de psicofármacos, imobilidade, desidratação, desnutrição, idade avançada, déficit auditivo ou visual, e buscar controlá-los. Além de estar atento às possíveis causas de delirium como medicações em uso, dor, infecção, distúrbios metabólicos, uso de cateteres venosos ou urinários, cirurgias, contenção física, constipação, entre outras, para poder revertê-las adequadamente.<sup>2</sup>

O manejo do delirium se concentra na identificação e tratamento do(s) fatores precipitante(s), incluindo o gerenciamento dos sinais e sintomas, monitoramento do paciente e prevenção de complicações.<sup>6, 7</sup>

Em sua maioria, as intervenções são interdisciplinares e não farmacológicas, como otimização da hidratação e nutrição do paciente, orientações quanto a postura no leito, mudança de decúbito a cada duas horas para prevenção de lesões por pressão, prevenção de quedas, revisão de medicamentos, controle da dor, otimização das funções de eliminação, estimulação cognitiva, reabilitação precoce e orientação dos cuidadores e familiares.<sup>8, 9</sup>

Há preferência pelos antipsicóticos atípicos (ex: quetiapina, olanzapina, risperidona), por apresentarem menor risco de efeitos colaterais extrapiramidais. Estes medicamentos não reduzem a duração, a gravidade ou o tempo de permanência do delirium e podem causar efeitos colaterais como sonolência excessiva, hipotensão ortostática, boca seca, constipação intestinal, ganho de peso, dentre outros. Por estes motivos, só devem ser usados em casos de delirium hiperativo refratários às medidas não farmacológicas.<sup>10, 11</sup>

Os antipsicóticos são utilizados como uma medida a curto prazo, para controlar a agitação, enquanto investigada a causa base, principalmente no delirium hiperativo. O medicamento de 1ª escolha é o haloperidol, por VO, IV, SC, IM, sonda nasoesférica

(SNE), hipodermóclise, de 0,5 mg a 2 mg a cada 2-12 horas. É importante ressaltar a possibilidade de efeitos adversos dessa medicação, como os efeitos extrapiramidais. Em caso de delirium hipoativo, o tratamento farmacológico não encontra-se estabelecido, visto que há controvérsia entre as literaturas e poucos resultados efetivos quanto ao uso de antipsicóticos nesse tipo de delirium.<sup>12, 13, 14</sup>

## DISPNÉIA

A dispnéia caracteriza-se por uma sensação subjetiva de desconforto ao respirar ou por uma sensação de incapacidade de respirar. Esse sintoma é o mais recorrente nos Cuidados Paliativos, sendo ele complexo, pois apresenta inúmeras etiologias, como pulmonares, cardíacas, neoplásicas e emocionais.<sup>1</sup>

Inicialmente, deverá ser feita uma avaliação detalhada desse sintoma, com a peculiaridade de que não há um padrão para a abordagem da dispneia de maneira que englobe todos os seus aspectos: físico, emocional, comportamental e circunstancial, ficando sob responsabilidade do avaliador, perante a sua percepção minuciosa, a avaliação adequada do sintoma e o manejo a ser realizado de maneira individualizada para cada paciente.<sup>1</sup>

Existem diversos questionários amplos para a avaliação diária do paciente em Cuidados Paliativos, incluindo a dispneia, como a escala de avaliação de sintomas de Edmonton. A modified Medical Research Council é adequada para avaliar dispneia referida, a qual avalia o grau de comprometimento da vida do paciente devido a dispneia; e a escala de Borg CR-10 utilizada para caracterizar a dispneia momentânea, a qual reflete o sintoma durante a avaliação. Essas ferramentas permitem avaliar de forma satisfatória o desfecho da dispneia.<sup>2</sup>

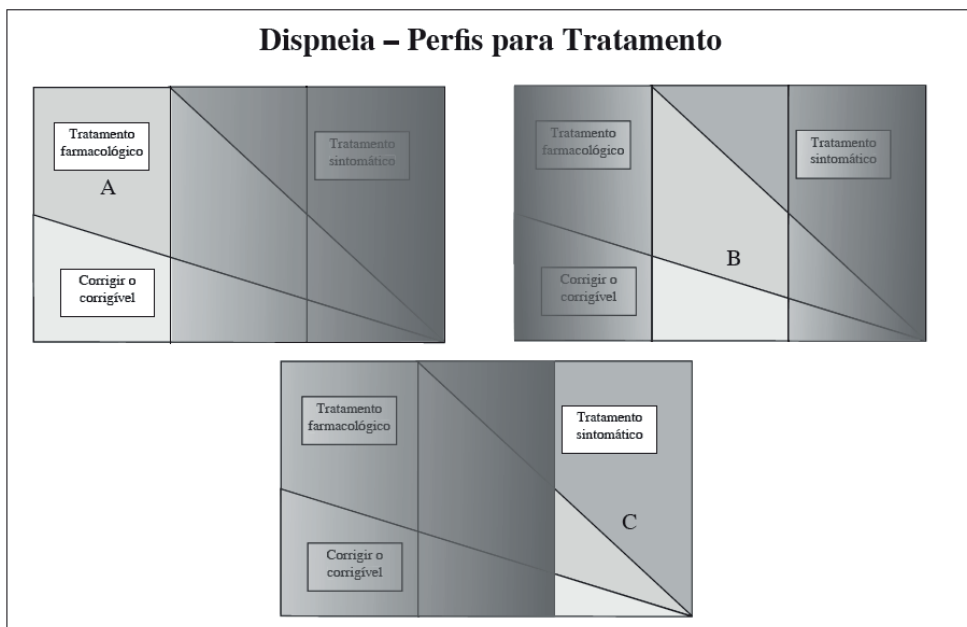
Durante a abordagem da dispneia é fundamental ser questionado a intensidade, as características, os fatores desencadeantes, o ritmo de evolução, os fatores de melhora e piora, as doenças de base que podem gerar o sintoma, se há componentes emocionais e se há interrupção das atividades diárias.<sup>1</sup>

No âmbito dos Cuidados Paliativos, é necessário explicar ao paciente o que está acontecendo para que ele possa cooperar e sinalizar se o sintoma está sendo manejado de forma adequada. Além de que, muitas vezes, diante de doenças terminais a sedação e a intubação orotraqueal são alternativas que geram apreensão ao paciente e seus familiares, sendo essencial tranquilizá-los, pois o sintoma pode ser resolvido, desde que manejado precocemente e corretamente, sem a necessidade desses recursos.<sup>1</sup>

O manejo do paciente com dispnéia depende da sua causa que pode ser: congestão pulmonar, derrame pleural, TEP, obstrução na via aérea, infecção respiratória, entre outras, sendo essencial corrigi-lá para o controle do sintoma. Nesse sentido, é válido ressaltar que os pacientes em Cuidados Paliativos devem ser avaliados individualmente e que a conduta deve ser fidedigna ao diagnóstico, ao prognóstico e às necessidades do paciente.

Didaticamente, a dispnéia é dividida em três perfis: A, B e C, baseados na evolução temporal da doença, para facilitar quais devem ser os pontos-chave do controle do sintoma. No perfil A, os sintomas são predominantes aos esforços indicando menor tempo de evolução ou menor gravidade do quadro, sendo adotadas medidas para reverter causas desencadeantes, tratamento farmacológico para doença de base e raramente utilizadas medidas paliativas exclusivas. No perfil B, os sintomas são predominantes ao repouso, o que indica uma doença em processo de evolução e comprometedor da funcionalidade do paciente, sendo essencial as medidas paliativas para o controle do sintoma e, secundariamente, condutas para a doença de base e outras causas. Por fim, o perfil C é a doença em fase de terminalidade, na qual são vitais as medidas exclusivamente paliativas, ou seja, tratamento sintomático.<sup>1</sup>

Perfis didáticos para avaliação das possibilidades de tratamento da dispneia em CP e importância relativa das diferentes medidas possíveis<sup>1</sup>



Outra maneira de avaliar a dispnéia é pelo grau de desconforto relatado pelo paciente, através da escala de avaliação de Edmonton (ESAS), presente no capítulo 3 deste manual.

As medidas utilizadas para o tratamento da dispneia buscam controlar a causa de base e a própria dispnéia. O Cambridge Breathlessness Intervention Service desenvolveu o “modelo respirar, pensar e ter função” para dividir as medidas a serem realizadas no manejo da dispneia.<sup>3</sup>

## **INTERVENÇÕES PARA RESPIRAR:**

- Reeducação respiratória: abrange a utilização do diafragma e relaxamento dos músculos acessórios durante a respiração, além da técnica de inspirar pelo nariz e expirar pela boca entreaberta.<sup>4</sup>
- Fluxo de ar na face: consiste em direcionar o ventilador para o rosto do paciente, oferecendo um fluxo de ar frio, de maneira segura e de fácil acesso.<sup>3, 5</sup>
- Oxigenoterapia: apesar de seus benefícios, seu uso para manejo da dispnéia ainda é discutível.<sup>3</sup>
- Ventilação não invasiva (VNI): é capaz de otimizar a oxigenação e diminuir o esforço muscular respiratório, mas é necessário avaliar a fase da doença, o prognóstico, as causas do sintoma e a vontade do paciente, pois essa intervenção pode prolongar o processo de morte. Pode ser utilizada de maneira temporária e transitória para aguardar outras intervenções em pacientes terminais, após abordagem das complicações do procedimento, como alimentação e fala, com autorização do paciente.<sup>6, 7</sup>
- Opióides: a morfina é a medicação de primeira escolha dessa classe em caso de dispnéia, visto que demais medicações, oxidocona, fentanil e hidromorfona, não tem seu efeito claro para esse sintoma.<sup>8</sup> Embora o uso seja em doses baixas, é essencial realizar avaliações frequentes, observar sinais de intoxicação, prevenir e orientar sobre efeitos adversos.<sup>9</sup>
  - Pacientes “virgens” de opióide: baixas doses, de 10 mg a 30 mg por dia, via oral (VO), contínuo, até alcançar estabilidade do quadro. Em caso de incapacidade por VO, pode ser por via parenteral (EV ou SC), em doses correspondentes a 10-15% da dose total diária.<sup>8, 9</sup> Uma segunda opção é a codeína, em casos de dispnéia leve, sendo a dose 30 mg, por VO, a cada 6 horas.<sup>13</sup>
  - Pacientes em uso de opióide: acrescentar 25% da dose diária.<sup>9</sup>

## **INTERVENÇÕES PARA PENSAR:**

- Benzodiazepínicos: utilizado quando a dispneia está associada a transtorno de ansiedade e em casos de dispneia refratária, ligadas a sedação paliativa.<sup>9</sup>
- Relaxamento: instruir o paciente a contrair um grupo muscular por 5 segundos, soltar o ar e relaxar o músculo durante 20 segundos.<sup>10</sup>
- Acupuntura: útil em pacientes com doenças avançadas.<sup>11</sup>

## **INTERVENÇÕES PARA FUNÇÃO:**

- Reabilitação cardiorrespiratória: múltiplas intervenções interdisciplinares que proporcionam melhor qualidade de vida. Englobam treinamento físico aeróbico e resistido, estimulação elétrica neuromuscular, adaptação domiciliar, auxiliares de locomoção como bengalas e andadores, com o intuito de diminuir o gasto energético e consequentemente a dispnéia.<sup>4, 9, 12</sup>

## NÁUSEAS E VÔMITOS

Em cuidados paliativos, náuseas e vômitos se tornam importantes de serem abordados, visto que a prevalência desses sintomas em pacientes com câncer podem variar entre 40% a 70%.<sup>1</sup>

A náusea pode ser definida como “sensação desconfortável de necessidade de vomitar, geralmente precedente aos vômitos”, sendo que vômito pode ser definido como “a expulsão do conteúdo gástrico pela boca, por meio de contração vigorosa e sustentada da musculatura abdominal e relaxamento do esfíncter esofágico inferior”.<sup>2</sup>

Dentre as causas mais comuns de vômitos em pacientes com câncer, encontram-se: drogas, toxinas, causas metabólicas, obstrução de víscera oca, aumento da pressão intracraniana, tumores de base de crânio, ansiedade e dor.<sup>2</sup> Essas principais causas podem ser organizadas em categorias e subcategorias, como segue na tabela abaixo.

Principais causas de náuseas e vômitos em cuidados paliativos

<b>Categoria</b>	<b>Subgrupo</b>
Química	Drogas, toxinas, causas metabólicas
Esvaziamento Gástrico debilitado	Drogas, disfunção autonômica
Viscera/serosa	Obstrução de víscera oca, distensão da cápsula hepática
Craniana	Aumento da pressão intracraniana
Vestibular	Drogas, tumores de base de crânio
Cortical	Ansiedade, dor

Fonte: Adaptado do Manual de Cuidados Paliativos da ANCP 2 ed.<sup>3</sup>

A avaliação deve visar identificar o início, a intensidade, os fatores desencadeantes, os fatores de melhora, as características e os sintomas associados à náusea. A anamnese deve buscar antecedentes, por exemplo alterações recentes de hábito intestinal, uso de quimioterápicos ou outras medicações que podem desencadear o sintoma, presença de dor abdominal, fraqueza, constipação intestinal e aumento da fome.<sup>4, 5, 6</sup>

O exame físico deve procurar por distensão abdominal, sinais de desidratação, meningismo e ascite. Exames complementares podem auxiliar na elucidação diagnóstica, sendo os exames mais solicitados: hemograma, função renal, eletrólitos, função hepática e raio-x de abdômen.<sup>4</sup>

O tratamento das náuseas e vômitos consiste em tratamento não farmacológico e tratamento farmacológico. O tratamento não farmacológico consiste em orientações de mudanças do estilo de vida:<sup>5</sup>

- Optar por alimentos gelados ou em temperatura ambiente.

- Mastigar os alimentos devagar.
- Fazer pequenas refeições em intervalos menores.
- Tomar sorvete ou picolé de frutas cítricas (caso não esteja com mucosite).
- Evitar alimentos gordurosos, doces e condimentos.
- Evitar ingerir líquidos durante a refeição.
- Não deitar após as refeições.
- Se for possível, manter o ambiente arejado, livre de odores e de excesso de estímulos sonoros e visuais.

A escolha da terapêutica se baseia na origem da náusea e da afinidade das drogas com os receptores envolvidos.<sup>2, 7</sup>

### Tratamento de Náuseas e vômitos em Cuidados Paliativos

<b>Náusea e vômito quimicamente induzidos</b>	
<b>Droga</b>	<b>Posologia</b>
Metaclopramida	10 mg EV/VO de 8/8h ou 6/6h
Haloperidol	1 mg a 2 mg EV/SC de duas a três vezes ao dia
Ondansetrona	de 4mg a 8mg EV a cada 8 horas
<b>Estase Gástrica</b>	
Metaclopramida	até 40 mg/dia EV
Bromoprida	10 mg 8/8h EV/VO
Domperidona	10 mg 8/8h VO
<b>Hipertensão intracraniana</b>	
Corticóide não esteroide (Dexametasona)	até de 16 a 20 mg/dia EV/SC
Considerar dimenidrinato se sintoma de discenesia	50 mg a 100 mg EV/VO a cada 6 horas
<b>Constipação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta laxativa, aumento de ingesta hídrica e estímulo a atividade física quando possível.</li> <li>- Considerar laxantes</li> </ul>	
<b>Obstrução Intestinal</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haloperidol é a primeira escolha (em geral 2 a 6 mg/dia);</li> <li>- seguido por dimenidrinato (até 400 mg/dia) e ondansetrona (até 24mg/dia);</li> <li>- associar antissecretores (escopolamina ou octreotide) e corticoide (pode reduzir compressão local);</li> <li>- restringir volume de hidratação e considerar uso de sonda nasogástrica (envolver paciente na decisão);</li> <li>- não usar procinéticos.</li> </ul>	

VO - via oral

EV - endovenoso

SC - subcutâneo

mg - miligrama

h - horas

Fonte: Adaptado do Manual do Sírio Libanês (2020).<sup>7</sup>

Algumas observações que devem ser levadas em consideração:

- A associação de medicamentos antieméticos é possível desde que o mecanismo fisiopatológico sugira mais de um fator causal ou nos casos de difícil controle.
- Deve-se evitar a associação de medicações com um mesmo mecanismo de ação ou com mecanismos antagônicos.

## CONSTIPAÇÃO INTESTINAL E DIARRÉIA

A constipação intestinal é a queixa digestiva mais comum na população geral. A constipação intestinal pode ser classificada em primária ou secundária. A constipação primária consiste naquela em que a causa da constipação não pode ser identificada a partir da história clínica e do exame físico, podendo posterior a testes específicos ser classificada como: constipação de trânsito normal (CTN); constipação de trânsito lento (CTL), inércia colônica; obstrução de saída ou disfunção do assoalho pélvico; e causas combinadas (constipação de trânsito lento e disfunção do assoalho pélvico). Já a constipação secundária é aquela em que na avaliação clínica são identificadas como responsáveis pelos distúrbios defecatórios anormalidades intestinais e/ou extraintestinais, fatores metabólicos ou hormonais e uso de determinados medicamentos.<sup>1,2</sup>

Os sintomas mais comumente relatados pelos pacientes costumam ser fezes ressecadas, evacuações infrequentes, necessidade de esforço excessivo para evacuar, sensação de evacuação incompleta, tempo excessivo ou insucesso na defecação. Devido essa imprecisão na descrição da sintomatologia, utiliza-se, atualmente, para diagnóstico de Constipação Intestinal Funcional (CIF), o critério estabelecido pelo Consenso de Roma IV, com o intuito de padronizar o diagnóstico da constipação intestinal.<sup>3, 4, 5</sup>

De acordo com o critério de Roma IV, a constipação é caracterizada por: menos de três evacuações por semana, esforço para evacuar, presença de fezes endurecidas, sensação de evacuação incompleta, sensação de obstrução ou interrupção da evacuação e necessidade de manobras manuais para facilitar evacuações nos últimos 3 meses com início dos sintomas há pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.<sup>6, 7, 8</sup>

Escala de Bristol para consistência das fezes é um instrumento utilizado para auxiliar na caracterização das fezes, avaliando de maneira descritiva, a forma do conteúdo fecal, utilizando métodos gráficos que representam sete tipos de fezes, de acordo com sua forma e consistência. Como demonstrado na figura abaixo, os tipos 1 e 2 são comuns em indivíduos com tendência a constipação intestinal, os tipos 3 e 4 sugerem um trânsito intestinal regular e 5, 6 e 7 um trânsito intestinal acelerado ou diarreia.<sup>9</sup>



### Escala de Bristol

<b>Tipo 01</b>		Pedaços separados, duros como amendoim
<b>Tipo 02</b>		Forma de salsicha, mas segmentada
<b>Tipo 03</b>		Forma de salsicha, mas com fendas na superfície
<b>Tipo 04</b>		Forma de salsicha ou cobra, lisa e mole
<b>Tipo 05</b>		Pedaços moles, mas contornos nítidos
<b>Tipo 06</b>		Pedaços aerados, contornos esgarçados
<b>Tipo 07</b>		Aquosa, sem peças sólidas

Com a chegada da idade, acontece no sistema digestório a diminuição do tônus muscular e da função motora do cólon, ou seja, traz prejuízo ao movimento peristáltico, assim, a constipação tem sido um problema frequentemente enfrentado pela população geriátrica.<sup>10</sup> Ela pode ser causada tanto por fatores intrínsecos relacionados ao avanço da idade, quanto por fatores extrínsecos, como dieta inadequada, ingestão insuficiente de líquidos, inatividade física, polifarmácia, além de estar associada a um histórico familiar de constipação intestinal.<sup>11</sup>

O uso de analgésicos opioides durante o tratamento de pacientes em cuidados paliativos, principalmente no tratamento paliativo oncológico, é associado ao desenvolvimento de um número considerável de efeitos adversos, em especial as disfunções intestinais, sendo a constipação o principal tipo de disfunção intestinal provocada por esse tipo de medicação. Tal efeito se justifica pela ação dos opioides não se restringir aos receptores  $\mu$  opioides no SNC, mas agir também sobre receptores desse tipo presentes ao longo do trato gastrointestinal. A partir disso, o sistema digestivo sofre atraso do esvaziamento gástrico e do trânsito intestinal, redução da motilidade ao suprimir a liberação de neurotransmissores do plexo mioentérico, inibição da secreção ao longo do trato, com aumento da reabsorção de fluídos e aumento do tônus muscular esfinteriano no canal anal.<sup>12, 13, 14, 15, 16, 17</sup>

Para a conduta diante de um paciente com diagnóstico de constipação intestinal, pode-se adotar estratégias não farmacológicas e estratégias farmacológicas. Dentre as abordagens não farmacológicas, incluem-se: estímulo à ingestão de líquidos, aumento da ingestão de fibras na dieta (verduras, legumes, cereais integrais e frutas com alto teor de

fibras), fracionamento das refeições (cinco a seis refeições por dia), adição de suplementos de fibras e probióticos (se necessário), estímulo a prática de exercícios, proporcionar privacidade ao paciente no momento da defecação e associação de todas essas estratégias com práticas integrativas (acupuntura, massoterapia, aromaterapia e etc).<sup>18</sup>

De acordo com a terceira edição do Manual de Cuidados Paliativos da ANCP, dentre as estratégias medicamentosas, para pacientes com impactação fecal recomendam-se os supositórios (bisacodil 10 mg ou glicerina 4 g) ou enemas (fosfato hipertônico 130 mL ou solução glicerinada 12% 500 mL). Quando pacientes sem impactação fecal, sem uso prévio de laxativos e sem sinais de obstrução intestinal, a ANCP recomenda iniciar esquema laxativo, podendo iniciar com associação de um estimulante peristalse ou emoliente, ou iniciar com apenas uma classe de drogas e, caso não haja resposta, associar outra classe após 24-48 h). Em pacientes com constipação induzida por opioides, recomenda-se metilnaltrexona por via subcutânea em dias alternados.<sup>19, 20, 21, 22, 23</sup>

### Tratamento de Constipação intestinal em Cuidados Paliativos

Tipo de Laxativo	Medicamento	Dose Inicial Preconizada	Observações
<b>Formadores de Bolo Fecal</b>	<i>Psyllium husk</i>	1 sachê (3,5 g) VO - 2 vezes por dia	Não recomendado o uso em pacientes em uso de medicações obstipantes, com ingesta alimentar reduzida e/ou imobilidade
<b>Osmóticos</b>	Lactulona	15 mL VO a cada 12 horas	Flatulência, náuseas e cólicas como efeitos adversos. Não utilizar em pacientes com obstrução intestinal ou galactosemia.
	Hidróxido de magnésio	15-60 mL VO a cada 12 horas	Contraindicado em pacientes com insuficiência renal grave
	Polietilenoglicol 4000	1 sachê diluído em um copo de água 1 a 2 vezes ao dia	Pode ser diluído em sucos ou outras bebidas
<b>Emolientes</b>	Docusato de sódio	100 mg VO a cada 12 horas (dose máxima: 500 mg/dia)	Cólicas e diarreia como efeito adverso. Contraindicado em pacientes gravemente desidratados, com doença inflamatória intestinal ou obstrução colônica.
<b>Estimulantes da peristalse</b>	Sene	15 mg VO a cada 12 horas (dose máxima: 30 mg a cada 8 horas)	
	Bisacodil	10-20 mg VO à noite (dose máxima: 20 mg a cada 8 horas)	
<b>Estimulantes da peristalse</b>	Picossulfato de sódio	5-10 mg VO à noite (dose máxima: 30 mg/dia)	

VO - via oral

ml - mililitro

mg - miligrama

Fonte: Adaptado do Manual de Cuidados Paliativos da ANCP 3 ed. <sup>18</sup>

A diarreia é definida pela segunda edição do manual de cuidados paliativos da ANCP como passagem de três ou mais fezes não formadas em um período de 24 horas, sendo as causas mais frequentes em cuidados paliativos o desequilíbrio da terapia laxativa, uso de medicamentos predisponentes (antibióticos, antiácidos, AINE ou preparados contendo ferro), impactação fecal com diarreia por transbordamento, radioterapia abdominal ou pélvica, má absorção (gastrectomia, câncer da cabeça do pâncrea, ressecção ileal), tumores colônicos ou retais, doenças recorrentes (infecção do trato gastrointestinal) e hábitos alimentares prévios).<sup>24</sup>

O tratamento da diarreia deverá inicialmente buscar a causa específica que justifique o quadro, permitindo-se, assim, direcioná-lo de maneira mais apropriada. No caso de diarreia persistente, agentes não-específicos, incluindo agentes absorventes, adsorventes, inibidores da prostaglandina e opioides, poderão ser iniciados.<sup>24</sup>

### Tratamento da Diarréia em Cuidados Paliativos

Classes	Medicamento	Observações
<b>Agentes Absorventes</b>	Metilcelulose Pectina	Atuam absorvendo água, constituindo massa coloidal ou gelatinosa que fornece às fezes maior consistência.
<b>Agentes Adsorventes</b>	Caolin (2 a 6 mg a cada 4 horas) Atapulgita (1,2 g inicial, seguida por 1,2 g a cada nova evacuação até dose máxima de 8,4 g/dia)	Caracterizam-se pela capacidade de acumular moléculas em sua superfície, sendo tal capacidade tanto maior quanto a superfície disponível para adsorção
<b>Inibidores de Prostaglandinas</b>	Subsalicilato de bismuto (525 mg a cada 30 minutos até 5 mg/dia) Mesalazina (1,2 a 2,4 g/dia) Aspirina (300 mg a cada 4 horas)	Sua ação reside na redução da secreção de água e eletrólitos pela mucosa. O subsalicilato de bismuto está indicado para tratamento de diarreia não-específica, enquanto a mesalazina e a aspirina estão indicadas para tratamento de diarreia recorrente de colite ulcerativa e radiação.
<b>Agentes Opióides</b>	Loperamida (4 a 8 mg/dia, dose máxima: 16 mg/dia)	Drogas de escolha para o tratamento da diarreia em Cuidados Paliativos, os agentes opioides aumentam as contrações tônicas e diminuem as peristálticas, com redução subsequente de água e eletrólitos nas fezes

mg - miligrama

g - grama

Fonte: Adaptado do Manual de Cuidados Paliativos da ANCP 2ed. <sup>24</sup>

## DISFAGIA

A deglutição é o processo de transporte do bolo alimentar da cavidade oral ao estômago, sendo dividida nas fases: preparatória oral, fase oral propriamente dita, faríngea e esofágica. Qualquer alteração que acomete uma das fases do processo de deglutição culmina no sintoma de disfagia, sendo que alguns de seus sinais são: a presença de tosse,

engasgos e pigarros. De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos da ANCP, a disfagia pode ser definida como "qualquer alteração no transporte do bolo alimentar da cavidade oral ao estômago".<sup>1, 2, 3</sup>

O paciente em cuidados paliativos deve ser olhado em toda a sua totalidade e um olhar cuidadoso deve ser direcionado aos distúrbios de deglutição. Tais distúrbios, se não identificados e tratados, podem ocasionar complicações nutricionais (desnutrição e desidratação), aumento da mortalidade, pneumonia por aspiração, desprazer ao se alimentar, isolamento social e óbito.<sup>1, 2, 3</sup>

A equipe médica e multiprofissional deve estar atenta para os sinais da disfagia a fim de realizar a detecção o mais precocemente possível. Na equipe multiprofissional de cuidados paliativos, o fonoaudiólogo é o profissional capacitado para atuar na prevenção, na avaliação, na orientação e na terapia das disfunções orofaríngeas. Este tem como objetivo garantir ao paciente o convívio e a boa interação, por meio da comunicação e da alimentação de forma prazerosa e segura, garantindo assim a melhora da qualidade de vida desse paciente.<sup>4, 5, 6, 7</sup>

A modificação do volume e consistência do alimento é a técnica mais utilizada em pacientes neurológicos. Em pacientes acometidos pela demência, em fases avançadas, é comum haver dificuldades na deglutição (disfagia), podendo se manifestar como desordem na mastigação, dificuldade em iniciar a deglutição e como limitação da capacidade de manipular o alimento durante a fase oral preparatória, impedindo a formação do bolo alimentar na cavidade oral, sendo necessário realizar adaptações na consistência das refeições para uma alimentação mais segura e com menos esforços.<sup>8</sup>

Os líquidos são os que oferecem maior risco de aspiração pois são engolidos rapidamente, e parte deles pode penetrar nas vias aéreas. Por isso, muitas vezes, a equipe de saúde orienta o espessamento de água/sucos/chás com produtos industrializados ou adaptações com amido de milho. Os espessantes permitem conseguir diferentes consistências, que se adequem ao idoso de acordo com o grau de disfagia. O profissional fonoaudiólogo é o responsável por orientar qual consistência é a mais adequada a cada paciente.<sup>8</sup>

Em caso de os sintomas se tornarem mais graves, transformando a via oral de risco ao paciente, sugere-se o estabelecimento de uma via alternativa de alimentação. Entretanto, ressalta-se que em indivíduos em cuidados paliativos estas medidas somente devem ser efetivadas se forem imprescindíveis para o alívio dos sintomas e para a atenuação do sofrimento do paciente e de seus familiares. Na prática, a decisão final deve ser tomada em conjunto com a equipe de saúde, considerando o prognóstico da doença, e a preferência do paciente e da família.<sup>9</sup>

## DIETA ENTERAL

Sintomas como inapetência, perda de peso, náuseas, vômitos, alterações do hábito intestinal, que favorecem um cenário de desnutrição, normalmente estão presentes em pacientes em cuidados paliativos. Nesse sentido, torna-se imprescindível uma dieta adequada para garantir a nutrição do paciente, a qual se baseia no estágio da doença. Para pacientes após o diagnóstico e em tratamento, o objetivo é manter a nutrição adequada ou reverter o quadro de desnutrição. Já para pacientes em fases terminais, o foco é promover qualidade de vida, não sendo primordial o balanço nutricional.<sup>1, 2</sup>

Diante disso, a fim de manter o estado nutricional ou reverter casos de desnutrição, adota-se a terapia nutricional enteral (TNE) ou nutrição artificial (NA), podendo ser administrada tanto por via oral quanto por sondas. Caso o paciente esteja impossibilitado de ingerir alimentos pela via oral, por exemplo devido à disfagia por doença neurológica, está indicado o uso de sondas para a TNE, a nível hospitalar ou domiciliar.<sup>3, 4, 5</sup>

As vias de acesso da TNE são nasogástrica, passada pelo nariz até o estômago; nasoenteral, passada pelo nariz até o intestino; gastrostomia, diretamente no estômago; jejunostomia diretamente no intestino. As sondas nasogástricas e as sondas nasoenterais são inseridas de forma manual, sendo indicadas em casos breves de nutrição enteral, com duração entre 3 a 4 semanas. Já a gastrostomia e a jejunostomia são inseridas por meio de endoscopia ou cirurgia, sendo indicadas para casos mais prolongados, com duração superior a 4 semanas. É válido ressaltar que quando há possibilidade de aspiração é indicado a jejunostomia, enquanto que quando não há possibilidade é indicado a gastrostomia.<sup>6, 7, 8</sup>

Os tipos de dieta que podem ser oferecidas são diversos, sendo de responsabilidade do nutricionista essa prescrição.<sup>9</sup>

- Dieta caseira ou artesanal: preparada em casa com alimentos naturais, que deve ser cozida, liquidificada e coada. Apresenta maior risco de contaminação, porém são economicamente viáveis, pois possuem baixo custo.<sup>10</sup>
- Dieta Mista: alterna entre a administração de fórmula preparada com alimentos (artesanal) e com a dieta pronta industrializada.<sup>6, 11</sup>
- Dieta industrializada: dieta pronta, possuindo todos os nutrientes necessários. Pode ser apresentada sob a forma de pó, que deve ser misturado com água, ou sob forma líquida, pronta para ser administrada. É vantajosa no sentido de ter menor risco de contaminação.<sup>6, 11</sup>
- Dieta completa: possui todos os componentes necessários para ser utilizada como alimentação exclusiva.<sup>6</sup>
- Dieta incompleta: são chamadas também de suplementos, pois ao contrário da completa não possui todos os componentes necessários para ser utilizada como alimentação exclusiva.<sup>6</sup>

É importante também manter a hidratação adequada, podendo utilizar a hidratação artificial (HA) para repor água e eletrólitos por via alternativa a oral, quando a mesma não for possível e/ou insuficiente, como por cateteres intravenosos ou subcutâneos.<sup>12</sup>

No entanto, devido à carência de evidências que orientem a prática clínica e as dificuldades para reavaliar constantemente a nutrição dos pacientes paliativos, há controvérsias entre os benefícios e os malefícios da nutrição e hidratação artificiais (NHA). Por isso, o processo de decisão para o uso da NHA deve ser realizado em conjunto, tendo necessariamente os seguintes requisitos: o consentimento informado do paciente ou do seu representante, o tratamento indicado pelo médico e a meta terapêutica necessária para alcançar em determinado período.<sup>12, 13, 14</sup>

Em situações de pacientes com tumor do trato gastrointestinal alto, delirium, infecções agudas, encefalopatias, mucosites, sendo essas situações transitórias, a TNE mostra-se benéfica. Já para pacientes paliativos, anoréxicos e com disfagia, há evidências de malefícios, como a sobrecarga renal.<sup>15, 16</sup>

Pode ser realizada a prova terapêutica com a HA por um determinado período quando existir incerteza sobre o seu benefício para o paciente, devendo ser suspensa caso não tenha resultado. Também pode realizar a alimentação para conforto (hand feeding), a qual tem o objetivo de manter o paciente se alimentando, de maneira independente, por meio de dispositivos simples, de forma confortável e atento ao cuidado bucal, buscando manter o diálogo com o paciente e inserindo o âmbito terapêutico.<sup>16, 17</sup>

Por fim, é válido ressaltar que há vários aspectos culturais e religiosos envolvendo a decisão da NHA, nos quais o paciente e seus familiares acreditam e que devem ser respeitados, tornando a decisão eticamente difícil, devido ao cunho emocional e simbólico envolvido. Diante disso, existem argumentos como “não deixar morrer de sede ou de fome” que levam a crer que a NHA é uma regra, porém como envolve procedimentos invasivos e é uma medida terapêutica que precisa da avaliação minuciosa de profissionais qualificados.<sup>14, 18, 19, 20, 21</sup>

## HIPODERMÓCLISE

A hipodermóclise conceitua-se como a administração de fluidos e medicamentos por via subcutânea.<sup>1</sup>

Está indicada quando a via oral está indisponível e quando há dificuldade no acesso endovenoso. Alguns exemplos são: disfagia grave com impossibilidade de via alimentar alternativa, náuseas e vômitos incoercíveis, intolerância gástrica, obstrução intestinal maligna e alteração do nível de consciência. Sua indicação mais importante talvez seja o controle farmacológico dos sinais e sintomas inerentes ao processo de morrer, garantindo o máximo conforto possível até o momento da morte. Pela via subcutânea, é possível fazer aplicação de medicamentos para controle de dor, dispneia, náusea, delirium e convulsões, dentre outras potenciais causas de desconforto.<sup>2, 3, 4, 5</sup>

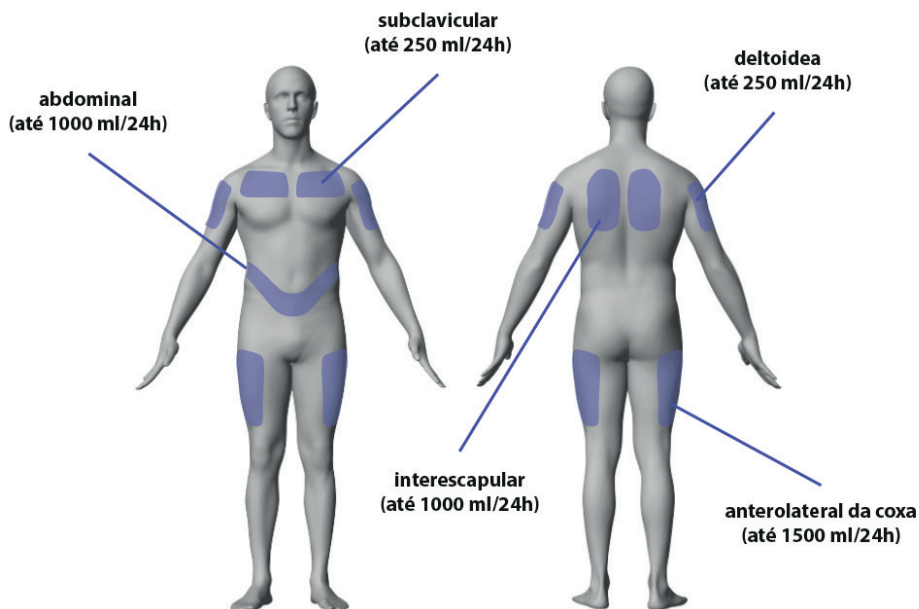
A hipodermóclise é vantajosa por se tratar de uma via parenteral mais acessível e confortável que a endovenosa, pela facilidade na inserção e manutenção do catéter, podendo ser realizada em qualquer ambiente de cuidado, inclusive no domicílio. Está associada a baixo risco de complicações e de eventos adversos sistêmicos (hiponatremia, hipervolemia, congestão), além de ser de baixo custo. Como desvantagens, possui limitação de volume e velocidade de infusão de fluidos (até 1500 ml/24h por sítio de punção), absorção variável (influenciada por perfusão e vascularização) e limitação de medicamentos e eletrólitos que podem ser infundidos.<sup>2,3</sup>

É contraindicada nos casos de recusa do paciente, de medicação incompatível com via subcutânea, anasarca, caquexia extrema, trombocitopenia grave e necessidade de expansão volêmica.<sup>2,4,5</sup>

Locais de punção:

Para cada área há um volume total de fluido permitido para ser administrado em 24 horas, conforme a figura:

Locais indicados para punção da hipodermóclise e respectivos volumes máximos de infusão em 24 horas.



Fonte: adaptado do manual O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos 2ed.<sup>5</sup>

Técnica de punção:

A punção deve ser realizada da seguinte forma:

- Explicar procedimento para paciente e familiares, reforçando que pode haver edema transitório no local da punção.

- Lavar as mãos e separar o material.
- Se utilizar cateter agulhado: preencher o dispositivo com o soro fisiológico 0,9% e, após, lavar as mãos novamente.
- Avaliar locais de punção e escolher a área (como na figura acima). O local deve estar longe de proeminência óssea, articulação e, distante 5 cm do umbigo, caso a punção seja no abdome.
- Calçar as luvas e realizar antisepsia com solução antisséptica e gaze não estéril ou algodão.
- Tracionar uma prega de pele (com tecido subcutâneo) e introduzir o cateter na prega, num ângulo de 45°, com o bisel voltado para cima. O sentido deve ser em direção centrípeta. Após introduzir metade do cateter, diminuir a angulação e terminar de introduzir o cateter. No caso de cateter não agulhado, retirar o mandril após a punção.
- Testar a localização do cateter: aspirar (para verificar se atingiu algum vaso) e infundir de 2 a 3 ml de soro fisiológico. Será possível palpar o edema que irá formar na extremidade do cateter e, ao aspirar, não deve voltar sangue. Estes são os sinais de que a punção obteve sucesso.
- Fixar o dispositivo com filme transparente, micropore ou esparadrapo.
- Manter a extensão do cateter agulhado preenchido com soro fisiológico e ocluído com tampa adequada. No caso de cateter não agulhado, este pode ser mantido fechado com tampa adequada ou com polifix preenchido com soro fisiológico.
- Após a administração de medicação, o circuito deve ser lavado com soro fisiológico 0,9%.
- Anotar o procedimento em prontuário (descrever tipo e calibre do cateter, localização, tipo de fixação).

Os materiais necessários para a punção e os medicamentos e soluções que podem ser infundidos, com suas diluições, por via subcutânea estão disponíveis no Manual: O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos - um guia da SBGG e ANCP para profissionais.<sup>5</sup>

## Aspectos Práticos do Óbito em Domicílio

A prestação de cuidados domiciliares para pacientes com condições agudas ou em estágio de fim de vida requer um entendimento profundo, assim como domínio de questões técnicas, éticas e legais. Isso implica garantir a segurança do paciente, fornecendo acesso a medicamentos, recursos de apoio e oferecendo suporte eficaz para as necessidades básicas. Além disso, é crucial respeitar as crenças e valores de cada família, incluindo práticas religiosas e rituais preparatórios.<sup>1,2</sup>



As responsabilidades durante o falecimento de um paciente, incluindo assistência, suporte emocional, comunicação e tarefas administrativas, devem ser compartilhadas entre todos os profissionais de saúde envolvidos. Tarefas mais técnicas, como a confirmação do óbito, são de responsabilidade da equipe médica, enquanto a equipe de enfermagem assume o cuidado imediatamente após o falecimento. Outras atividades menos específicas podem ser divididas entre os membros da equipe em uma abordagem multidisciplinar, focada no apoio emocional da família do paciente.<sup>3, 8</sup>

### ***No momento do óbito:***<sup>3-8</sup>

Em um ambiente domiciliar, ao se aproximar o momento do falecimento, é comum que a ausência dos sinais seja identificada pela equipe de enfermeiros ou pelos membros da família. Neste momento, é crucial informar imediatamente a equipe médica para que o óbito seja oficializado e para que a documentação necessária seja produzida.

Nesse momento, a equipe de enfermagem tem a responsabilidade de manter a continuidade dos cuidados. O principal objetivo é oferecer apoio aos familiares, proporcionar um ambiente propício para as despedidas e, por fim, deixar o corpo em uma posição adequada para as próximas etapas dos cuidados. Recomenda-se:

- Estabelecer um ambiente tranquilo e sereno, demonstrando sensibilidade, garantindo a privacidade do paciente e de seus familiares.
- A comunicação do óbito aos familiares pode ser feita tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro;
- Colocar o paciente em posição de decúbito dorsal, com os braços ao lado do corpo, removendo travesseiros e almofadas, além de cobri-lo com um lençol até os ombros;
- Elevar a cabeceira para impedir o acúmulo de líquido na região da cabeça, assim como fechar os olhos, a boca e, caso necessário, colocar um coxim abaixo da região da mandíbula.

### ***Cuidados com o corpo:***<sup>3-8</sup>

A equipe de enfermagem também assume a última fase dos cuidados, que envolve a atenção ao corpo após o falecimento. Neste momento, a família se despede de seu ente querido, devendo receber orientações, direcionamento e apoio de outros profissionais da equipe de saúde. O objetivo nesta fase final é preparar o corpo e organizá-lo para o processo de sepultamento. Para isso, é necessário:

- Informar aos familiares sobre a necessidade de preparar o corpo e pedir que aguardem em outro espaço;
- Respeitar os costumes e os rituais de passagem;
- Preparar o material necessário para o procedimento e usar equipamentos de proteção individual (EPI);

- Realizar as anotações sobre a data e horário do óbito, assim como a identificação do médico que constatou a morte.

Na ocorrência de óbito em domicílio, o paciente estando sob cuidados de uma equipe de saúde, faz-se necessário entrar em contato com o médico assistente para obtenção do atestado de óbito. No caso de não haver um médico disponível para a confirmação, a família deverá dirigir-se ao distrito de polícia local para registrar um boletim de ocorrência. Esses casos de falecimento deverão ser encaminhados ao Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), onde um médico é encarregado de preencher a Declaração de Óbito (DO), que posteriormente é coletada pelo órgão competente. Quando não houver um SVO disponível, o Instituto Médico Legal (IML) assumirá a função do SVO.<sup>9, 10</sup>

### ***Declaração de Óbito:***<sup>10</sup>

Após ser devidamente preenchida pelo profissional, a Declaração de Óbito (DO) deverá ser encaminhada da seguinte forma:

- a) O médico responsável pelo atestado de óbito enviará a primeira e a terceira via à secretaria municipal de saúde;
- b) A segunda via será entregue à família, que deverá apresentá-la no cartório do registro civil para obter a certidão de óbito;
- c) O cartório do registro civil manterá a segunda via para cumprir com os procedimentos legais necessários.

Após o falecimento imediato do paciente, caso seja considerado apto para doação de órgãos e com o consentimento familiar, é importante tomar todas as medidas necessárias relacionadas ao contato com a Central de Notificação de Transplantes do Estado para iniciar o processo de doação.<sup>11</sup>

É aconselhável fornecer o mínimo de orientações após uma má notícia, abordando apenas os procedimentos imediatos, uma vez que poucas informações são absorvidas nesse momento. Portanto, detalhes sobre benefícios, como pensão por morte ou seguro de vida, devem ser considerados previamente ao longo do período de assistência, em vez de imediatamente após o falecimento.<sup>12</sup>

"Eu me importo por você ser você e vou me importar até o último dia da sua vida." - Cicely Saunders

# REFERÊNCIAS

## • Cuidados Paliativos

1. RYAN,S et al. Evolving Definitions of Palliative Care: Upstream Migration or Confusion?. **Curr Treat Options Oncol**, v. 21, n. 3, p. 20, 2020.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em : 20 mar. 2020.
3. SCHENKER, Y; QUILL, TE. **Primary palliative care**. Uptodate, 2019.
4. IAHPC. **Definição de cuidados paliativos baseada no Consenso Global**. 2018.Houston, TX: Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
5. PEREIRA, EAL; REYS, KZ. Conceitos e princípios. In: CASTILHO, RK; SILVA, VCS; PINTO, CS. **Manual de cuidados paliativos**. 3 ed. Rio de Janeiro, 2021. p.5.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018**, Brasília, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html).
7. MAIELLO, APMV et al. **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020, p. 17.

## • Cuidados Paliativos na APS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF, 2020.
2. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care at the end of life**. London: WPCA; WHO, 2014. Disponível em: [https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf). Acesso em: 13 nov. 2021.
3. MARCUCCI, FCI et al. Identificação de pacientes com indicação de cuidados paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. **Cad Saude Colet**, v. 24, n. 2, p. 145-152, 2016.
4. JUSTINO, ET. et al. Os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3324, 2020.

## • Avaliação do Paciente em Cuidados Paliativos e Índices Prognósticos

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Newsroom. Fact sheets. **Palliative care**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 11 nov. 2021.
2. CENTER TO ADVANCE PALLIATIVE CARE. **Crosswalk of JCAHO Standards and Palliative Care: policies, procedures and assessment tools** [Internet]. New York: JCAHO; 2007 [acesso em 22 maio 2018]. Disponível em: [https://media.capc.org/filer\\_public/88/06/8806cedd-f78a-4d14-a90e-aca688147a18/nqfcrosswalk.pdf](https://media.capc.org/filer_public/88/06/8806cedd-f78a-4d14-a90e-aca688147a18/nqfcrosswalk.pdf)
3. LUCCHETTI, G et al. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 3, n.3, p. 104-108, 2009.

4. SANTA CLARA, MG et al. Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 22, n. 5, p. e190143, 2019.
5. WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care at the end of life**. London: WPCA; WHO, 2014. Disponível em: [https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf). Acesso em: 13 nov. 2021.
6. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES. **Tratamento do câncer. Cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 19 nov. 2021.
7. INHAIA, C. Cuidados paliativos como direitos humanos. In: CASTILHO, RK; SILVA, VCS; PINTO, CS. **Manual de cuidados paliativos**. 3 ed. Rio de Janeiro, 2021. p.33.
8. OKEN, MM et al. Toxicity and response criteria of the Eastern cooperative oncology group. **American Journal of Clinical Oncology**, Hagerstown, MD, v. 5, n. 6, p. 649-655, Dec. 1982.
9. BRUERA, E. et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. **Journal of Palliative Care**, Toronto, v. 7, n. 2, p. 6-9, summer 1991.
10. PAIVA, CE. et al. The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 7, p. 0132073, 2015.
11. KARNOFSKY, DA.; BURCHENAL, JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MACLEOD, C. M. (ed.). **Evaluation of chemotherapeutic agents**. [New York]: Columbia Univ Press. 1949. p. 196.
12. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 2, p. 191-211, 2002.
13. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos** [Internet]. Rio de Janeiro: ANCP, 2009. Disponível em: [http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up\\_publicacoes/8011/10577\\_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf](http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf). Acesso em: 23 maio 2018.1
14. VICTORIA HOSPICE SOCIETY. **Palliative Performance Scale (PPSv2)** [Internet]. Columbia: VHS; 2004. Disponível em: [http://www.npcrc.org/files/news/palliative\\_performance\\_scale\\_PPSv2.pdf](http://www.npcrc.org/files/news/palliative_performance_scale_PPSv2.pdf). Acesso em: 30 jul. 2018.
15. MAIELLO, APMV et al. **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020, p. 47.

#### • Dor

1. RAJA, SN et al. **The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises**. Pain. 2020, p.23.
2. [https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revi-sada-de-dor\\_3.pdf](https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revi-sada-de-dor_3.pdf)
3. JORNAL Dor. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, v. 18, 2º trim. 2020, ed. 74, p. 11-8p.

4. PROTOCOLO Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dor Crônica. **Portaria SAS/MS no 1083**, de 02 de outubro de 2012. Retificada em 27 de novembro de 2015. Revoga a Portaria no 859/SAS/MS, de 04 de novembro de 2002.
5. LU, Y et al. Neural response of cervical facet joint capsule to stretch: a study of whiplash pain mechanism. **Stapp Car Crash J.**, v. 49, p. 49:49-65, 2005.
6. TEIXEIRA, MJ. Fisiopatologia da dor. In: POSSO, IP et al. **Tratado de dor**. Rio de janeiro: Atheneu, 2017. p. 155-98.
7. BARON, R; BINDER, A; WASNER, G. Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. **The Lancet Neurology**, v. 9, n. 8, p.807 – 819, 2010.
8. TREEDE, RD et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. **Neurology**, v. 70, n. 18, p. 1630-35, 2008.
9. CARDOSO, MGM. Estratégias no manejo da dor total. In: MATTOS, SLL et al. **Dor e cuidados paliativos**. Sociedade Brasileira de Anestesiologista, 2018.p. 173-82.
10. SBGG. DOR: o quinto sinal vital abordagem prática no idoso, 2018.
11. ARAÚJO, M. Manual de avaliação e tratamento da dor, ed. UEPA, Belém, p. 1-112, 2020.
12. DONIZETI ALVES JR et al. Cuidados paliativos: conhecimento de estudantes de graduação em enfermagem e em medicina. **Revista de Saúde**, v. 10, n. 2, p. 07–11, 2019.
13. JENSEN, MP et al. The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitudes toward pain. **J Psychosom Res.**, v. 31, n. 3, p. 393-400, 1987.
14. CASTILHO, RK; SILVA, VCS; PINTO, CS. **Manual de cuidados paliativos**. 3 ed. Rio de Janeiro, 2021.
15. MELZACK, R. The short-form McGill Pain Questionnaire. **Pain**, v. 30, n. 2, p. 191-197, 1987.
16. VAROLI, FK; PEDRAZZI, V. Adapted version of the mcgill pain questionnaire to Brazilian Portuguese. **Braz. Dent. J.** v.7, n. 4, 2006.
17. TREEDE, RD et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. **Neurology**, v. 70, n. 18, p. 1630-35, 2008.
18. NEBLETT, R et al. The Central Sensitization Inventory (CSI): establishing clinically significant values for identifying central sensitivity syndromes in an outpatient chronic pain sample. **J Pain**. v. 14, n. 5, p. 438-45, 2013.
19. FARIA, CE et al. Guia de bolso da farmacologia clínica. Ponta Grossa – PR: Athena, 2022.
20. MAIELLO, APMV et al. **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020.

- **Delirium**

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

2. CUNHA, UGV; GIACOMIN, KC. Delirium no idoso. In: FORLENZA, OV; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria Geriátrica**. São Paulo, Atheneu, 2001. p. 641-58.
3. BYOCK, IR; HEFFNER, JE. **Palliative and end-of-life pearls**. 1st ed. Philadelphia, Hanley & Belfus, 2002.
4. DE, J; WAND, APF. Delirium Screening: a Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. **The Gerontologist**, v. 55, n. 6, p. 1079-1099, 2015.
5. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. 2012.
6. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). **Risk Reduction and Management of Delirium**. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2019.
7. AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. **Delirium Clinical Care Standard**. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2016.
8. OH, ES et al. Delirium in Older Persons: advances in Diagnosis and Treatment. **JAMA**. V. 318, n. 12, p. 1161-1174, 2017.
9. ARANTES, AMB. **Cuidados de fim de vida a idosos portadores de doenças não oncológicas**. São Paulo: Academia Nacional de cuidados paliativos, 2022.
10. NEUFELD, KJ et al. Inouye SK, Needham DM. Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **J Am Geriatr Soc**, v. 64, n. 4, p. 705-14, 2016.
11. AGAR, MR et al. Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care: a randomized clinical trial. **JAMA Intern Med**, v. 177, n. 1, p. 34-42, 2017.
12. CASTILHO, RK; SILVA, VCS; PINTO, CS. **Manual de cuidados paliativos**. 3 ed. Rio de Janeiro, 2021.
13. BUSH, SH, BRUERA, E. The assessment and management of delirium in cancer patients. **Oncologist**., v. 14, n. 10, p.1039-109, 2009
14. KEEN, JC; BROWN, D. Psychostimulants and delirium in patients receiving palliative care. **Palliat Support Care**, v. 2, n. 2, p. 199-202, 2004.

## • **Dispnéia**

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2.ed. 2012.
2. SILVA, GPF. Et al. Portuguese-language version of the COPD Assessment Test: validation for use in Brazil. *J. bras. pneumol.*, v.39, n.4, 2013.
3. SPATHIS, A et al. The Breathing, Thinking, Functioning clinical model: a proposal to facilitate evidence-based breathlessness management in chronic respiratory disease. **Npj Prim Care Resp Me**, v. 27, n. 27, 2017.

4. DUDGEON, D. Assessment and management of dyspnea in palliative care. **UpToDate**. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-dyspnea-in-palliative-care>. Acesso em: 8 ago 2020.
5. PARSHALL, MB et al. n Official American Thoracic Society Statement: Update on the Mechanisms, Assessment, and Management of Dyspnea. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 185, n. 4, pp 435–452, 2012.
6. WILSON, ME et al. Noninvasive Ventilation in Patients With Do-Not-Intubate and Comfort-Measures-Only Orders: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Crit Care Med**. v. 46, n. 8, p. 1209-1216, 2018.
7. PISANI, L et al. Management of Dyspnea in the Terminally Ill. **Chest**., v.154, n.4, p. 1209-1216, 2018.
8. YAMAGUCHI, T, et al. The Current Practice of Opioid for Cancer Dyspnea: The Result From the Nationwide Survey of Japanese Palliative Care Physicians. **J Pain Symptom Manage**, v. 58, n. 4, p. 672-677 e2, 2019.
9. CASTILHO, RK; SILVA, VCS; PINTO, CS. **Manual de cuidados paliativos**. 3 ed. Rio de Janeiro, 2021.
10. MANDER. J et al., Mindfulness and progressive muscle relaxation as standardized session-introduction in individual therapy: A randomized controlled trial. **J Clin Psychol.**, v. 75, n. 1, p. 21-45, 2019.
11. von TROTT, P; OEI, SL. Ramsenthaler C. Acupuncture for Breathlessness in Advanced Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. **J Pain Symptom Manage**, v.59, n.2, p.327-338 e3, 2020.
12. SPRUIT, MA et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. **Am J Respir Crit Care Med.**, v.189, n. 12, p. e13-e64, 2014.
13. MAIELLO, APMV et al. **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020,

#### • Náuseas e Vômitos

1. LEACH, C. Nausea and vomiting in palliative care. **Clin Med (Lond)**, v. 19, n., p. 299-301, 2019.
2. CASTILHO, RK; SILVA, VCS; PINTO, CS. **Manual de cuidados paliativos**. 3 ed. Rio de Janeiro, 2021.
3. MACIEL, MGS; BETTEGA, R. Náusea e vômito. In: CARVALHO, RT; PARSONS, HÁ. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 168 - 175.
4. REBOUÇAS, CC; NAKAEMA, KE; ROSA, VM. Controle de sintomas digestivos. In: MARTINS, MA. (ed.). **Manual do Residente de Clínica Médica**. Barueri: Manole, 2015. p. 817-823.
5. LONGSTRETH, G F. Approach to the adult with nausea and vomiting. TALLEY, N. J.; GROVER, S. UpToDate.
6. WALTHAM, MA: **UpToDate** Inc., 2018. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-nausea-andvomiting?search=approach-to-the-adult-with-nausea&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-nausea-andvomiting?search=approach-to-the-adult-with-nausea&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). Acesso em: 31 mar. 2020.
7. MAIELLO, APMV et al. **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020, p. 47.

## • **Constipação**

1. MERTZ, H; NALIBOFF, B; MAYER, E. Physiology of refractory chronic constipation. **Am J Gastroenterol**, v.94, p. 609-15, 1999.
2. LINDBERG, G et al. World Gastroenterology Organization global guideline: constipation: a global perspective. **J Clin Gastroenterol**, v. 45, p. 483-7, 2011.
3. BRUNING, GE; ROSA FILHO, LA. Constipação. In: GUSSO E LOPES, org. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p.1372-1380.
4. SOOD, R, FORD, AC. Rome IV Criteria for FGIDs – an Improvement of More of the Same. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**, v.13, 501-502. 2016.
5. GARCIA, LB et al. C.O.M. Constipação Intestinal: Aspectos Epidemiológicos e Clínicos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.9, n. 1, p. 153-162, 2016.
6. THOMPSON, WG et al. Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis. **Gastroent Int.**, v. 2, p. 92-5, 1989.
7. LONGSTRETH, GF et al. Functional bowel disorders. **Gastroenterology**., v. 130, p. 1480-91, 2006.
8. DROSSMAN, DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. **Gastroenterology**. 2016.
9. MÍNGUEZ PÉREZ, M; BENAGES MARTÍNEZ, A. The Bristol scale: a useful system to assess stool form?. **Rev Esp Enferm Dig**., v. 101, n.5, p.305-11, 2009.
10. HEITOR, SFD et al. Fatores associados à constipação intestinal em idosos residentes na zona rural. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 948-955, 2013.
11. KLAUS, JH et al. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v.18, n. 4, p. 835-843, 2015.
12. STAR, A; BOLAND, JW. Updates in palliative care: recent advancements in the pharmacological management of symptoms. **Clin Med (Lond)**, v. 18, n. 11, p. 11-18, 2018.
13. LAUGSAND, EA et al. Genetic and Non-genetic Factors Associated With Constipation in Cancer Patients Receiving Opioids. **Clin Transl Gastroenterol**, v.6, n. 6, p. e90, 2015.
14. WIFFEN, PJ et al. Opioids for cancer pain - an overview of Cochrane reviews. **Cochrane 14-Database Syst Ver**, v. 7, n.,.7, p. CD012592, 2017.
15. ALMOUAAALAMY, N. Opioid-Induced Constipation in Advanced Cancer Patients. **Cureus**, v. 13, n. 4, p. e14386, 2021.
16. LARKIN, PJ et al. Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. **Ann Oncol**, v.29, Suppl 4, p. iv111-iv125, 2018.
17. ARGOFF, CE et al. Consensus Recommendations on Initiating Prescription Therapies for Opioid-Induced Constipation. **Pain Med**, v. 16, n. 12, p. 2324-37, 2015.
18. CASTILHO, RK; SILVA, VCS; PINTO, CS. **Manual de cuidados paliativos**. 3 ed. Rio de Janeiro, 2021.



19. LIBRACH, SL et al. Consensus recommendations for the management of constipation in patients with advanced, progressive illness. **J Pain Symptom Manage**, v. 40, n. 5, p. 761-773, 2010.
20. TYCHOLIZ, J; WATANABE, S. 2011. Disponível em: [https://palliative.org/NewPC/\\_pdfs/management/3A11%20Bowel%20Care%protocol%20for%20Constipation%20final.pdf](https://palliative.org/NewPC/_pdfs/management/3A11%20Bowel%20Care%protocol%20for%20Constipation%20final.pdf)
21. RIPAMONTI, C et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. **Support Care Cancer**, v. 9, n. 4, p. 223-233, 2001.
22. MORI, M et al. Phase II trial of subcutaneous methylnaltrexone in the treatment of severe opioid-induced constipation (OIC) in cancer patients: an exploratory study. **Int J Clin Oncol**, v. 22, n.2, p. 397-404, 2017.
23. SIEMENS, W; BECKER, G. Methylnaltrexone for opioid-induced constipation: review and meta-analyses for objective plus subjective efficacy and safety outcomes. **Ther Clin Risk Manag**, v.12, p. 401-12, 2016.
24. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2.ed. 2012.

#### • **Disfagia**

1. FALLON, M; O'NEILL, B. ABC of palliative care. Constipation and diarrhoea. **BMJ**, v. 315, n. 7118, p. 1293-6, 1997.
2. HANAUER, SB. The role of loperamide in gastrointestinal disorders. **Rev Gastroenterol Disord**, v.8, n.1, p. 15-20, 2008.
3. CHERNY, NI. Evaluation and management of treatment-related diarrhea in patients with advanced cancer: a review. **J Pain Symptom Manage**, v. 36, n. 4, p.413-23, 2008.
4. ABCP. Consenso Brasileiro de Constipação Intestinal Induzida por Opioides. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, v. 2, n. 3, supl. 1, 2009.
5. LARKIN, PJ et al. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations [published correction appears in Palliat Med. 2009 Jun;23(4):376]. **Palliat Med**, v.22, n. 7, p. 796-807, 2008.
6. PINTO, AC. O papel do fonoaudiólogo na equipe. In: CARVALHO, RT; PARSONS, HA. **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 358-63.
7. CALHEIROS, AS; ALBUQUERQUE, CL. A vivência da fonoaudiologia na equipe de cuidados paliativos de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. **Rev Hosp Univ Pedro Ernesto**, v. 11, n. 2, p. 94-8, 2012.
8. BAENA GONZÁLEZ, M; MOLINA RECIO, G. Abordaje de la disfagia em enfermos de alzhéimer. **Nutr Hosp**, v. 33, p. 3, p. 739-48, 2016.
9. INAOKA, C; ALBUQUERQUE, C. Efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea pós AVE. **CEFAC**, v.16, n. 1, p. 187-96, 2014.

## • **Dieta enteral**

1. CÔRREA, PH; SHIBUYA, E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. **Rev Bras Cancerol**, v. 53, n.3, p. 317-23, 2007.
2. CREMESP. Cuidado Paliativo. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br>.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da diretoria colegiada. **RDC n 63, de 6 de julho de 2000**, Brasília, 2000. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063\\_06\\_07\\_2000.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063_06_07_2000.html)
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Informativo técnico sobre a terapia nutricional enteral domiciliar, com foco para a dieta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
5. FOOG, L. Home enteral feeding part 1: an overview. **Br J Community Nurs**, v. 12, n.6, p. 246-52, 2007.46-52.
6. VASCONCELOS, MIL. Nutrição Enteral. In: **Nutrição clínica no adulto: guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Manole; 2014. p. 527-61.
7. CUNHA, SFC et al. Terapia Nutricional. In: VANNUCCHI, H; MARCHINI, JS. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p. 78-95
8. CIOSAK, SI et al. Acessos para Terapia de Nutrição Parenteral e Enteral. **Assoc Médica Bras e Cons Fed Med**, p. 1-10, 2011.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da diretoria colegiada. **RDC nº 63, de 6 de julho de 2000**, Brasília, 2000. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063\\_06\\_07\\_2000.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063_06_07_2000.html)
10. SANTOS, VFN; BOTTONI, A; MORAIS, TB. Qualidade nutricional e microbiológica de dietas enterais artesanais padronizadas preparadas nas residências de pacientes em terapia nutricional domiciliar. **Rev. Nutr.**, v. 26, n. 2, 2013
11. RAYMOND, JL; IRETON-JONES, CS. Administração de Alimentos e Nutrientes: Métodos de Terapia Nutricional. In: MAHAN, LK; ESCOTTSTUMP, S; RAYMOND, JL. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 13 ed. Elsevier, 2012. p. 306-24.
12. HURLOW, A. Nutrition and hydration in palliative care. **Br J Hosp Med (Lond)**, v. 80, n. 2, p. 78-85, 2019.
13. FRITZSON, A; TAVELIN, B; AXELSSON, B. Association between parenteral fluids and symptoms in hospital end-of-life care: an observational study of 280 patients. **BMJ Support Palliat Care**, v. 5, n. 2, p. 160- 168, 2015.
14. DRUML, C et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. **Clin Nutr**, v. 35, n. 3, p. 55-556, 2016.
15. CASTILHO, RK; SILVA, VCS; PINTO, CS. **Manual de cuidados paliativos**. 3 ed. Rio de Janeiro, 2021.
16. PINHO-REIS, C; SARMENTO, A; CAPELAS, ML. Nutrition and Hydration in the End-of-Life-Care: Ethical Issues. **Acta Portuguesa de Nutrição**, v.15, p. 36-40, 2018.

17. COSTA, MLV. Papel do nutricionista na equipe interdisciplinar de cuidados paliativos. In: SILVA, RS; AMARAL, JB; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2018.p. 367-7.
18. GEPPERT, CM; ANDREWS, MR; DRUYAN, ME. Ethical issues in artificial nutrition and hydration: a review. **JPEN J Parenter Enteral Nutr**, v.34, n. 1, p. 79-88, 2010.
19. HARTINGAN, I ET AL. **Palliative care for the person with dementia**. Guidance document 4: management of hydration and nutrition. Dublin: Irish Hospice Foundation, 2016.
20. MARCOLINI, EG; PUTNAM, AT; AYDIN, A. History and Perspectives on Nutrition and Hydration at the End of Life. *Yale J Biol Med*, v.91, n. 2, p.173176, 2018.
21. QUEENSLAND Health. Endo-of-life care: guidelines for decision-making about withholding and withdrawing life-sustaining measures from adult patients. Guidance for health professionals, 2018.

#### • **Hipodermóclise**

1. CARONE, GF. **Estudo observacional do uso da hipodermóclise em pacientes oncológicos**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
2. SCHNÜRLE, J. Subkutane Flüssigkeitssubstitution bei betagten Patienten während Hitzewellen. **Dtsch Med Wochenschr**, v.140, p. 827-830, 2015.
3. FINDAX. Disponível em: <http://www.findax.de/pflege-nichtmedikament/subkutane-fluessigkeitszufuhr.html>. Acesso: 27 dezembro 2015.
4. VIDAL, FKG et al. Hipodermóclise: Revisão Sistemática da literatura. **Rev. de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 45, p. 61-69, 2015. Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/2953/0](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2953/0). Acesso em: 7 maio 2020.
5. AZEVEDO, DL. (org.). **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos**. 2.ed. Rio de Janeiro: SBGG, 2017.

#### • **Aspectos Práticos do Óbito em Domicílio**

1. YAMAGUCHI, AM. et al. (Ed.). **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. Barueri, SP: Manole, 2010.
2. OLIVEIRA, IB. **Visita pré-óbito**: preparo e atenção frente à iminência do falecimento. In: YAMAGUCHI, A. M. et al. **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. Barueri, SP: Manole, 2010.
3. FERREL, B; COYLE, N; PAICE, J. **Oxford textbook of palliative nursing**. 4 ed. Nova York: Oxford University, 2015. 515p.
4. LAKE, J; FENNEMORE, N. **Care of a patient after death produce**. 3. Ed. Inglaterra: NHS Foundation Trust, 2020.
5. COFEN. **Resolução COFEN n. 564/2017**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2017.
6. SANTOS, RS; MOREIRA, MCN. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n. 12,2014.


7. HENRY, C et al. Personal care at the end of life and after death. **Nursing Times**, v. 108, 2012.
8. SÃO PAULO. Conselho regional de enfermagem. **Câmara técnica**: orientação de assistência social n. 8724/1993. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1993/lei-8742-7-dezembro-1993-363163-publicacaooriginal-1-pl.html>.
9. BRASÍLIA. Conselho federal de medicina. **Resolução CFM n. 1601/2000**. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2000/1601\\_2000.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2000/1601_2000.pdf)
10. RIO GRANDE DO SUL. Conselho Regional de Medicina. **Manual de Atestado de Óbito**. 2. ed. Porto Alegre: CREMERS, 2018.
11. BRASIL. Casa Civil. Lei Nº 9.434, de 4 fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19434.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm).
12. SILVA, J et al. **Bioética**: um olhar bioético de quem cuida do final de vida. Olinda: Nova Presença, 2017.

MANUAL DE CONDUTAS EM

# CUIDADOS PALIATIVOS

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

 [www.arenaeditora.com.br](http://www.arenaeditora.com.br)

 [contato@arenaeditora.com.br](mailto:contato@arenaeditora.com.br)

 [@arenaeditora](https://www.instagram.com/arenaeditora)


 [www.facebook.com/arenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/arenaeditora.com.br)


MANUAL DE CONDUTAS EM


# CUIDADOS PALIATIVOS

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)