

Manual de condutas em
**CUIDADOS
PALIATIVOS
PEDIÁTRICOS**
Abordagem no contexto hospitalar



FERNANDA SANTOS DE AGUIAR
YUJI MAGALHÃES IKUTA

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

2024 by Atena Editora

Editora executiva

Natalia Oliveira

Copyright © Atena Editora

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Copyright do texto © 2024 O autor

Copyright da edição © 2024 Atena Editora

Bibliotecária

Janaina Ramos

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelo autor.

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 da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do autor, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos ao autor, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

1

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

Prof. Dr. Bruno Edson Chaves – Universidade Estadual do Ceará

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense

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. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
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
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras 1
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 Iara 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 – UFDPAr
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 Federaci 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
Prof. Dr. Renato Faria da Gama – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro
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 Thais Fernanda Tortorelli Zarili – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Gróssa
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Manual de condutas em cuidados paliativos pediátricos – Abordagem no contexto hospitalar

Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga

Revisão: Os autores

Autores: Fernanda Santos de Aguiar
Yuji Magalhães Ikuta

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
l26	<p>Aguiar, Fernanda Santos de Manual de condutas em cuidados paliativos pediátricos – Abordagem no contexto hospitalar / Fernanda Santos de Aguiar, Yuji Magalhães Ikuta. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-2915-9 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.159243110</p> <p>1. Cuidados paliativos - Pediatria. I. Aguiar, Fernanda Santos de. II. Ikuta, Yuji Magalhães. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 616.029</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DO AUTOR

Para fins desta declaração, o termo 'autor' será utilizado de forma neutra, sem distinção de gênero ou número, salvo indicação em contrário. Da mesma forma, o termo 'obra' refere-se a qualquer versão ou formato da criação literária, incluindo, mas não se limitando a artigos, e-books, conteúdos on-line, acesso aberto, impressos e/ou comercializados, independentemente do número de títulos ou volumes. O autor desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação à obra publicada; 2. Declara que participou ativamente da elaboração da obra, 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 da obra para submissão; 3. Certifica que a obra publicada está completamente isenta de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza 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 da obra publicada, 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. A editora pode disponibilizar a obra em seu site ou aplicativo, e o autor também pode fazê-lo por seus próprios meios. Este direito se aplica apenas nos casos em que a obra não estiver sendo comercializada por meio de livrarias, distribuidores ou plataformas parceiras. Quando a obra for comercializada, o repasse dos direitos autorais ao autor será de 30% do valor da capa de cada exemplar vendido; 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. Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a editora não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como quaisquer outros dados dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS	04
ABORDAGEM DOS SINTOMAS	06
Dor	06
Dispneia	16
Náuseas e vômitos	19
Delirium e agitação	22
Convulsões	24
Constipação	26
Desconforto bucal	29

INTRODUÇÃO

Este guia tem a finalidade de nortear a assistência de profissionais de saúde que atuam diretamente com crianças e adolescentes em cuidados paliativos.

Traz informações práticas e atualizadas, de forma didática, com o intuito de contribuir com a melhor assistência, auxiliando no manejo clínico por meio da abordagem do sofrimento seja ele de origem física, emocional e/ou espiritual, tanto do paciente como de sua família.

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

O Cuidado Paliativo Pediátrico (CPP) é o cuidado ativo total do corpo, mente e espírito da criança, e envolve também dar apoio à família. Os profissionais de saúde devem avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual de uma criança.¹

Visam apoiar o paciente e seus familiares, prestando cuidados desde o diagnóstico da doença; independentemente de haver possibilidade de tratamento curativo. Levam em consideração, as necessidades, os desejos e as preferências da criança e de seus genitores.²

O CPP é dividido em três níveis:³

- Nível básico: ofertado por todo e qualquer profissional que trabalhe com criança.
- Nível intermediário: prestado por profissionais que tenham contato com crianças em CPP.
- Nível avançado: realizado por profissionais que atuam de forma exclusiva no CPP.

Consideram-se elegíveis aos CPPs crianças com patologias cuja hipótese de sobrevida é até os 18 anos, podendo até mesmo ser iniciado no momento intraútero, nos casos de crianças com malformações congênitas.⁴

A Associação para Crianças com Condições Terminais ou Ameaçadoras de Vida e suas Famílias (ACT) propõe quatro⁵ categorias de crianças elegíveis aos CPPs (*Tabela 1*).

Grupo 1	Crianças com condições de risco de vida e nas quais o tratamento curativo pode ser viável, mas pode falhar.
Grupo 2	Crianças com condições em que a morte prematura é inevitável, mas que podem passar longos períodos de tratamento intensivo direcionado à doença,
Grupo 3	Crianças com condições progressivas sem opções de tratamento curativo, onde o tratamento é exclusivamente paliativo e pode comumente se estender por muitos anos
Grupo 4	Crianças com condições irreversíveis, mas não progressivas, e necessidades de saúde complexas que levam a complicações e aumentam a probabilidade de morte prematura

Do ponto de vista epidemiológico, os pacientes que mais demandam CPP são aqueles que apresentam: malformações congênitas/ genéticas, doenças gastrointestinais, neuromusculares e respiratórias; cuja patologia depende do uso de traqueostomia, quimioterapia ou catéter de diálise.⁶

ABORDAGEM DOS SINTOMAS

DOR

Segundo a *International Association for the Study of Pain (IASP)* a dor é definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial.”¹

É o sintoma mais prevalente em crianças em fim de vida, apresentando aumento da intensidade nas últimas duas semanas. Assim, saber mensurar esse sintoma é fundamental para a realização da terapêutica adequada. De acordo com a faixa etária, há a escala apropriada de avaliação:²

< 4 anos ou sem capacidade de verbalizar	FLACC ³ Comfort-B ⁴
> 4 anos	Escala de faces de Wong-Baker ⁵ Escala de faces revisada ⁶
> 6 anos	Escala visual e analógica (EAV) ⁷ Escala numérica ⁷
> 8 anos / adolescentes	EAV Escala numérica Avaliação descritiva
Criança com distúrbios do desenvolvimento / motores	FLACC-R ⁸

FLACC

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico
P Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidelas
A Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gaspingou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto

Orientações para aplicação da escala

1- Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.

2- Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.

3- Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.

4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças não verbais.

As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria.

Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos.

Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.

© 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009
Bussotti EA, Guinsburg R, Pedreira MLG. Traduzido para a língua portuguesa.
Brasil – São Paulo, junho de 2013.

Comfort-B

Nível de consciência: alerta	
Sono profundo	1
Sono superficial	2
Letárgico	3
Acordado e alerta	4
Hiperalerta	5
Calma / Agitação	
Calma	1
Ansiedade leve	2
Ansioso	3
Muito ansioso	4
Amedrontado	5
Resposta respiratória (apenas se paciente em ventilação mecânica)	
Ausência de tosse e de respiração espontânea	1
Respiração espontânea com pouca ou nenhuma resposta a ventilação	2
Tosse ou resistência ocasional ao ventilador	3
Respirações ativas contra o ventilador ou tosse regular	4
Compete com o ventilador, tosse	5
Choro (apenas se paciente com respiração espontânea)	
Respiração silenciosa, sem som de choro	1
Resmungando/ choramingando	2
Reclamando (monotônico)	3
Choro	4
Gritando	5
Movimento físico	
Ausência de movimento	1
Movimento leve ocasional	2
Movimento leve freqüente	3
Movimento vigoroso limitado às extremidades	4
Movimento vigoroso que inclui tronco e cabeça	5
Tônus muscular	
Totalmente relaxado	1
Hipotônico	2
Normotônico	3
Hipertônico com flexão dos dedos e artelhos	4
Rigidez extrema com flexão de dedos e artelhos	5
Tensão facial	
Músculos faciais totalmente relaxados	1
Tônus facial normal, sem tensão evidente	2
Tensão evidente em alguns músculos faciais	3
Tensão evidente em toda a face	4
Músculos faciais contorcidos	5

6 = sem dor
> 30 = dor severa

Escala de faces Wong-Baker



©1983 Wong-Baker FACES Foundation. www.WongBakerFACES.org
Used with permission.

Instructions for Usage

Explain to the person that each face represents a person who has no pain (hurt), or some, or a lot of pain.

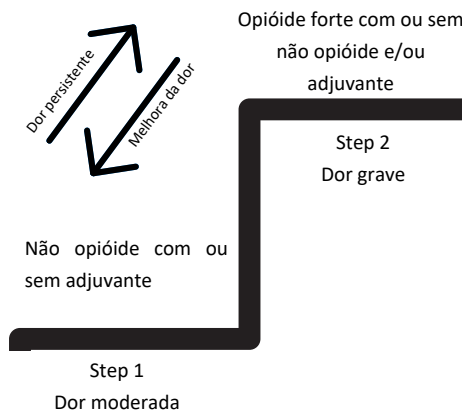
Face 0 doesn't hurt at all. Face 2 hurts just a little bit. Face 4 hurts a little bit more. Face 6 hurts even more. Face 8 hurt a whole lot. Face 10 hurts as much as you can imagine, although you don't have to be crying to have this worst pain.

Ask the person to choose the face that best depicts the pain they are experiencing.

Escala EVA



Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a escada analgésica para dor para crianças é feita em dois degraus:⁹



Adaptação de Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses, 2012.⁹

Assim, o controle da dor inicia com o uso de analgésicos simples associados ou não a adjuvantes, se piora ou há refratariedade da dor deve ser prescrito opioides fortes.

A dose máxima para opioides não é descrita; no entanto, precisa ser titulada até que a dor seja controlada adequadamente ou efeitos colaterais sérios sejam observados.¹⁰

Não-opioides

Medicamento	Via de adm.	Idade	Dose máxima	Intervalo
Dipirona ¹¹	VO/ IV	> 3 meses: 20-30mg/kg	-	6-8h
Paracetamol ¹¹	VO	< 30d: 5-10mg/kg 1-3m: 10mg/kg 4m-2a: 10-15mg/kg	20-40mg/kg/dia 40mg/kg/dia 40-60mg/kg/dia	4-6h
Paracetamol ¹¹	IV	< 1 ano: < 10kg = 7,5mg/kg 1-2a: 15mg/kg > 2 anos > 13 anos	30mg/kg/dia 60mg/kg/dia 15mg/kg 1000mg	6h
Ibuprofeno ¹²	VO	> 3 meses: 8-10mg/kg	40mg/kg/dia ou 2400mg/dia	6-8h
Naproxeno ¹²	VO	> 12 anos: 5-6mg/kg/dose	1000mg/dia	12h

Observação: O uso de Anti-inflamatório Não Estereoidal (AINE) deve ser bem observado em pacientes com ou em risco de trombocitopenia: pode prejudicar a função plaquetária.¹³

12

Opioides

Medicamento	Via de adm.	< 50kg	> 50kg	Intervalo
Morfina	VO	0,15- 0,3mg/kg/dose	15-20mg/dose	3-4h
Morfina	IV	0,05- 0,1mg/kg/dose	2-5mg/dose	2-4h
Hidromorfona	VO	50- 100mcg/kg/dose	1-2mg/dose	4h
Hidromorfona	IV	10-20mcg/kg/dose	0,2-0,6 mg/dose	2-4h
Fentanil	IN	1-2 mcg/kg/dose	25-50 mcg/dose	1h
Fentanil	IV	0,5-1 mcg/kg/dose	25-50 mcg/dose	30-60min
Metadona	VO	0,1mg/kg/dose	5-10mg	6-12h
Metadona	IV	0,1-0,7mg/kg/dose	5-10mg	6-12h

Opioides¹²

Medicamento	Via de adm.	< 50kg	> 50kg	Intervalo
Oxicodona	VO	0,05- 0,1mg/kg/dose	5-10mg/dose	4-6h
Hidrocodona	VO	0,1-0,2 mg/kg/dose	5-10mg/dose	4-6h

Dentre os opioides, a morfina é considerada o "padrão ouro", sendo a primeira escolha no tratamento da dor intensa (Step 2).

14

Principais efeitos colaterais dos opioides e seu tratamento:

Sintoma	Tratamento
Náuseas/ Vômitos	Antieméticos, anticolinérgico, rotação de opioide
Constipação	Profilaxia com emolientes, laxantes, procinéticos, antagonistas opioides
Retenção urinária	Excluir causas anatômicas, cateterismo vesical de curta duração, redução ou troca de opiáceo
Sedação	Suspender outros sedativos, rotação de opioides
Depressão respiratória	Naloxona (emergência)
Delirium	Haloperidol, benzodiazepínico, rotação de opioide
Mioclonias	Benzodiazepínico, relaxantes musculares

Nota: O Tramadol é um analgésico sintético de ação central, semelhante aos opioides, é efetivo nos casos de dor moderada, porém tem seu uso recomendado aos pacientes > 12 anos de idade e apresenta como efeito colateral a redução do limiar convulsivo, logo deve ser utilizado com cautela. Dose: 1-2mg/kg/dose a cada 4-6h.¹⁵

Equivalência de doses¹⁶

Medicamento	Intravenoso	Oral
Morfina	1mg	3mg
Fentanil	1mcg	1mcg (transdérmico)
Hidromorfona	1mg	5mg
Oxicodona	1mg	2mg
Tramadol	1mg	1mg
Metadona	1mg	2mg

Os analgésicos adjuvantes atuam no controle da dor, especialmente quando de origem neuropática e visceral. Este grupo é heterogêneo sendo formado por medicamentos de diferentes classes:¹⁶

Medicamento	Classe	Dose	Efeito colateral
Amitriptilina	Antidepressivo tricíclico	0,1-0,5mg/kg máx. 20-25mg	Efeitos anticolinérgicos fortes, sedação
Nortriptilina	Antidepressivo tricíclico	0,1-0,5mg/kg máx. 20-25mg	Efeitos anticolinérgicos
Gabapentina	Gabepentinoides	2-6mg/kg máx. 300mg/dose	Ataxia, nistagmo, alucinação, mialgia, tontura
Pregabalina	Gabepentinoides	0,3-1,5mg/kg máx. 300mg/dose	Citados acima, ganho de peso
Clonidina	Alfa agonista	1-3mcg/kg máx. 150mcg	-
Dexmedetomidina	Alfa agonista	0,3-2mcg/kg/h	-
Melatonina	Hormônio	0,05-2mg/kg máx. 3-10mg	-
Dexametasona	Corticosteróide	0,15-,5mg/kg/dose 6/6h	Ganho de peso Irritabilidade

O tratamento não medicamentoso integrado com a equipe multidisciplinar é fundamental para o controle da dor; dentre as terapêuticas podem ser realizadas a musicoterapia, acupuntura e massoterapia.¹⁶

DISPNEIA

A dispneia é definida como experiência subjetiva de falta de ar. Na criança, a depender da idade, é um sintoma de difícil descrição, o que torna necessário o uso de escalas de avaliação de desconforto respiratório. Para o tratamento, as seguintes medidas são fundamentais:¹

1. Tratamento de possíveis causas;
2. Manter o ambiente arejado e tranquilo;
3. Oxigenoterapia de acordo com a necessidade;
4. Opioides em dose mínima (50-75% da dose), preferencialmente a morfina;
5. Benzodiazepínicos (Midazolam 0,1-1mcg/kg/h) ou corticoides (broncoespasmo);

Existem várias escalas para a faixa etária pediátrica, porém nenhuma foi considerada como padrão ouro até o momento. Uso de forma adequada traz informações confiáveis e auxilia no manejo desse sintoma.

São utilizadas, preferencialmente, as escalas *Children's OMNI Scale of Perceived Exertion*, *Pictorial Children's Effort Rating Table* (PCERT) e *Borg* modificada.²

Children's OMNI Scale of Perceived Exertion³

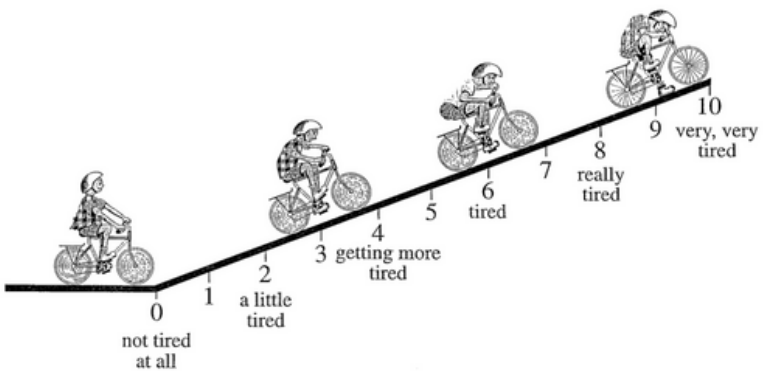
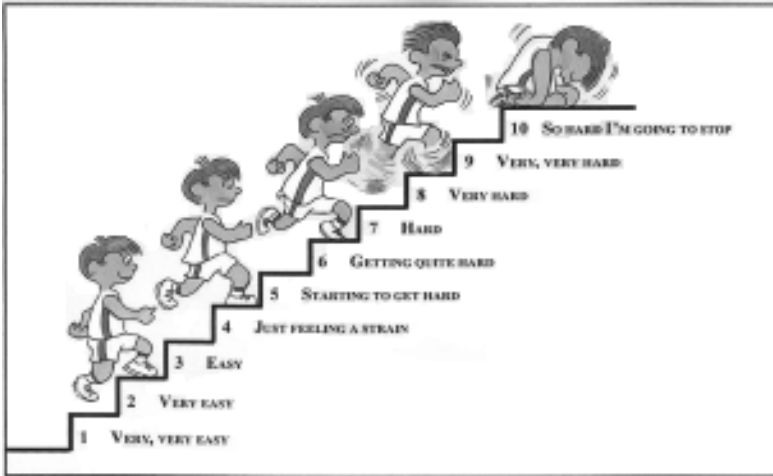


Figure 1—Children's OMNI Scale of Perceived Exertion

Pictorial Children's Effort Rating Table (PCERT)⁴



Borg modificada⁵

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouca intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

NÁUSEAS E VÔMITOS

Ao longo da terminalidade, a presença de náuseas e vômitos tende a ser um dos sintomas com maior incidência, independentemente da doença de base.¹

Para realizar o tratamento adequado, é importante estabelecer qual a etiologia, uma vez que pode ser secundário à doença ou devido ao tratamento.

Para vômitos, sem causa aparente ou com efeito insuficiente do tratamento causal, considere seguir a seguinte terapêutica:²



Adaptação de A Dutch paediatric palliative care guideline: a systematic review and evidence-based recommendations for symptom treatment. 2024.²

Doses de antieméticos e adjuvantes³

Medicamento	Classe	Dose	Efeitos colaterais
Ondansetrona	Antagonista da serotonina (5-HT3)	> 6 meses: 0,15mg/kg máx. 8mg/dose / máx. 32mg/dia	Constipação Cefaleia
Granisetrona	Antagonista da serotonina (5-HT3)	2-16 anos: 0,010-0,040mg/kg 12/12h máx. 3mg)	Constipação Cefaleia
Domperidona	Antagonista da dopamina (D2)	Neonato: 0,25mg/kg 8/8h máx. 0,4mg/kg 8/8h 30d-11a: 0,25-0,4mg/kg 8/8h máx. 10mg/dose inicial e 80mg/24h >12a: 10mg 3-4x inicial, máx. 20mg 3-4x = 80mg/24h	Prolongamento do intervalo QT
Dexametasona	Corticoide	< 1 ano: 0,25mg 8/8h máx. 1mg/dose 1-5 anos: 1mg 8/8h máx. 3mg/dose 6-11 anos: 2mg 8/8h máx. 4mg/dose > 12 anos: 4mg 8/8h	Ganho de peso Agitação Instabilidade do humor (choro, agressão física) Hipocalemia

Doses de antieméticos e adjuvantes³

Medicamento	Classe	Dose	Efeitos colaterais
Metoclopramida	Antagonista da dopamina (D2)	1-18 anos: 0,1-0,15mg/kg 8/8h máx. 0,5mg/kg/dia ou 30mg/dia	Não pode ser usado em menores de 1 ano Efeitos extrapiramidais
Haloperidol	Neuroléptico	1m-11a: 0,02-0,18 mg/kg/dose máx. 1mg/dose inicial, máx. 10mg/dia 2-3x > 12a: 1mg dose inicial máx. 10mg/dia 2-3x	Prolongamento do intervalo QT Efeitos extrapiramidais
Clorpromazina	Neuroléptico	1-5 anos: 0,5mg/kg 6-8h máx. 40mg/dia 6-11 anos: 10mg 6-8h máx. 75mg/dia > 12 anos: 25mg 6-8h máx. 150mg/dia	Prolongamento do intervalo QT Efeitos extrapiramidais

DELIRIUM E AGITAÇÃO

O delirium em crianças é identificado como uma alteração do comportamento, percepção, memória, pensamento, emoção, ciclo sono-vigília e comportamento psicomotor. Uma forma de delirium é a agitação, porém o delirium pode ser classificado como hiperativo, hipoativo ou misto. Pode ser causado por uma retirada abrupta de sedativos, analgésicos, opioides, relaxantes musculares e/ou anticonvulsivantes.¹

O uso de antipsicóticos para tratar delirium pode causar sérios efeitos adversos, necessitando de acompanhamento rigoroso. Diante desses efeitos, deve-se considerar os benefícios do uso dessas medicações, levando em consideração a expectativa de vida do paciente e o prognóstico. A risperidona ou o haloperidol são os medicamentos de escolha, quando não for possível realizar tratamento não medicamentoso.²

Doses de antipsicóticos e adjuvantes³

Medicamento	Classe	Dose	Efeitos colaterais
Clorpromazina	Neuroléptico	1-5 anos: 0,5mg/kg 6-8h máx. 40mg/dia 6-11 anos: 10mg 6-8h máx. 75mg/dia > 12 anos: 25mg 6-8h máx. 150mg/dia	Prolongamento do intervalo QT Efeitos extrapiramidais

Doses de antipsicóticos e adjuvantes³

Medicamento	Classe	Dose	Nota
Haloperidol	Neuroléptico	1m-11a: 0,02-0,18 mg/kg/dose máx. 1mg/dose inicial, máx. 10mg/dia 2-3x > 12a: 1mg dose inicial máx. 10mg/dia 2-3x	Prolongamento do intervalo QT Efeitos extrapiramidais
Olanzapina	Antipsicótico de segunda geração	< 12 anos: 1,25mg > 12 anos: 2,5mg máx. 10mg/dia	Indicação off-label
Risperidona	Antipsicótico atípico	até 50kg: 0,01mg/kg máx. 0,5mg/dose inicial 0,02mg/kg após 3-7 dias, aumentando até no máx. 3mg/dia > 50kg: 0,5mg dose inicial após 3-7 dias aumentando para 1mg, até no máx. 3mg/dia	Cuidado na epilepsia Pode causar ganho de peso

CONVULSÕES

É um sintoma frequente em crianças em fim de vida, principalmente nas que apresentam tumores cerebrais ou epilepsias ou doenças metabólicas progressivas. Deve-se dar preferência para medicamentos que não causem sedação, como ácido valproico, fenitoína ou levetiracetam. Em casos mais avançados, pode-se considerar o uso de barbitúricos ou sedativos em infusão contínua, como o midazolam que deve ser iniciado na dose de 0,05mg/kg/hora.¹

Doses de anticonvulsivantes²

Medicamento	Via de adm.	Dose	Efeitos colaterais
Carbamazepina	VO	<p>< 30 dias: 5mg/kg 12/12h</p> <p>1m-11a: 5mg/kg, com aumento gradual até no máx. 20mg/kg/dia</p> <p>> 12 anos: 100-200mg 12/12h máx. 1,8g/dia</p>	<p>Leucopenia</p> <p>Osteopenia</p> <p>Risco de fraturas</p>
Levetiracetam	VO ou EV (em 24h)	<p>1-5m: 7mg/kg máx. 21mg/kg 12/12h</p> <p>< 50kg: 10mg/kg máx. 30mg/kg 12/12h</p> <p>> 50kg: 250mg, até no máx. 1,5g 12/12h</p>	<p>Distúrbios do movimento, sedação, confusão, exacerbação de convulsões, síndrome neuroléptica maligna</p>

Doses de anticonvulsivantes²

Medicamento	Via de adm.	Dose	Efeitos colaterais
Fenobarbital	VO/ EV/ SC/ IM	<p>Dose de ataque: 20mg/kg/dose</p> <p>** Devido o risco de depressão respiratória em pacientes em fase terminal realiza-se 50%</p> <p>< 30 dias: 2,55mg/kg 12/12h</p> <p>1m-11a: 2,5-5mg/kg, máx. 300mg/dose</p> <p>> 12 anos: 300mg 12/12h</p>	Sedação, agitação paradoxal, confusão, depressão respiratória, distúrbios do movimento
Fenitoína	VO ou EV (em 24h)	<p>< 30 dias: ataque 18mg/kg, após 2,5- 5mg/kg 12/12h máx. 7,5mg/kg 12/12h</p> <p>1m-11a: 1,5-2,5mg/kg, dose de manutenção 2,5-5mg/kg máx. 7,5mg/kg ou 300mg/dia</p> <p>> 12 anos: 75-150mg 12/12h dose de manutenção 150-200mg máx. 300mg/dia 12/12h</p>	Arritmias, hipotensão e depressão respiratória com uso parenteral

CONSTIPAÇÃO

É um efeito colateral frequente e causa muita angústia nos pacientes em fim de vida. O uso de opióides para controle de dor pode causar Constipação Induzida por Opioides (CIO).¹

Além disso, a constipação pode ser causada por imobilidade, síndromes pseudo-obstrutivas, disfunção muscular e distúrbios metabólicos. Nesse contexto, quando existe uma causa é importante tratar; caso não haja é indicado o uso de lubrificantes e laxativos:^{2,3}

Medicamento	Classe	Via de adm.	Dose
Bisacodil	Estimulante	VO	> 4 anos: 5-10mg/dia máx. 20mg/dia
Glicerol	Lubrificante e estimulante retal	Retal	Neonato: 1g 1m-11m: 1g 1-11a 2g 12-17a: 4g
Lactulose	Osmótico	Oral	Neonatal: 2,5ml/dia 1-11m: 2,5ml 12/12h 1-4a: 2,5-10ml 12/12h > 5a: 5-20ml 12/12h

Abordagem dos sintomas

Constipação

Medicamento	Classe	Via de adm.	Dose
Macrogol ** Constipação	Osmótico	VO	< 1 ano: 1/2 sachê pediátrico; 1-5a: 1 sachê pediátrico; 6-11a: 2 sachês pediátricos; 12a ou >: 1-3 sachês adultos;
Macrogol ** Impactação	Osmótico	VO	< 1 ano: 0,5-1 sachê pediátrico; 1-4a: 2 sachês pediátrico, aumentando até 8 sachês/dia 2/2 dias; 5-11a: 4 sachês pediátricos, aumentando até 12 sachês/dia 2/2 dias; 12a ou >: 4 sachês para adultos; aumentando até 8 sachês/dia 2/2 dias;
Enema fosfatado	Osmótico	Retal	3-6 anos: 45-65ml 7-11a: 65-100ml > 12 anos: 100-128ml
Sena	Estimulante	Oral	1m-3a: 3,75-15mg diário 4-5a: 3,75-30mg diário 6-17a: 7,5-30mg diário

Constipação

Medicamento	Classe	Via de adm.	Dose
Óleo mineral **Impactação	Lubrificante	VO	5-11a: 30ml a cada 10kg, 2-4x ao dia > 12 anos: 15-45ml/dia 1-3x ao dia
Óleo mineral **Manutenção	Lubrificante	VO	5-10ml 1-4x ao dia

Nota: Pacientes neutropênicos e plaquetopênicos têm o uso de enemas e supositórios contraindicados.²

Nota: Paciente com acometimento neurológico tem o uso de óleo mineral contraindicado, devido ao risco de broncoaspiração.²

Após a resolução da impactação, é necessário o aumento da ingestão de fibra e líquidos na dieta e a realização do tratamento de manutenção.²

DESCONFORTO BUCAL

O desconforto bucal é um sintoma frequente em pacientes sob cuidados paliativos e terminais, pode ser causado por candidíase bucal, úlceras aftosas, herpes e outras infecções bacterianas. Medidas gerais, incluindo higiene com solução bicarbonatada a 1% em associação com xilocaína 2%, auxiliam no controle da dor, devendo-se utilizar, no máximo, 3mg/kg/dose, caso não seja realizado o controle da dor, é recomendado o uso de morfina em doses baixas.¹

REFERÊNCIAS

• Cuidados paliativos pediátricos

1. Integrando cuidados paliativos e alívio de sintomas em pediatria: um guia da OMS para planejadores, implementadores e gerentes de assistência médica. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. BATALHA LMC. Cuidados paliativos pediátricos (Manual de estudo –versão 2). Coimbra: ESEnC, 2021.
3. DE LACERDA, A., DINIS, A., ROMÃO, A., MENEZES, B., PINTO, C., & CALADO, E. (2014). **Cuidados Paliativos Pediátricos**.
4. BERGSTRAESSER, Eva; HAIN, Richard D.; PEREIRA, José L. The development of an instrument that can identify children with palliative care needs: the Paediatric Palliative Screening Scale (PaPaS Scale): a qualitative study approach. **BMC palliative care**, v. 12, p. 1-14, 2013.
5. GARCIA-SALIDO, Alberto et al. Update on the palliative care approach at the pediatric intensive care unit. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 120, n. 6, p. e255-e263, 2022.
6. VALADARES, Maria Thereza Macedo; MOTA, Joaquim Antônio César; OLIVEIRA, Benigna Maria de. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. **Revista Bioética**, v. 21, p. 486-493, 2013.

• Abordagem dos sintomas

Dor

1. RAJA, Srinivasa N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 2020.
2. ANGHELESCU, Doralina L. et al. Patient-controlled analgesia at the end of life at a pediatric oncology institution. **Pediatric blood & cancer**, v. 62, n. 7, p. 1237-1244, 2015.
3. NILSSON, Stefan; FINNSTRÖM, Berit; KOKINSKY, Eva. The FLACC behavioral scale for procedural pain assessment in children aged 5–16 years. **Pediatric Anesthesia**, v. 18, n. 8, p. 767-774, 2008.
4. BOERLAGE, A. A. et al. The COMFORT behaviour scale detects clinically meaningful effects of analgesic and sedative treatment. **European Journal of Pain**, v. 19, n. 4, p. 473-479, 2015.

5. OLIVEIRA, Armando Mónica et al. Uma análise funcional da Wong-Baker Faces Pain Rating Scale: linearidade, discriminabilidade e amplitude. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 3, p. 121-130, 2014.
6. POVEDA, Claudia Ligia Esperanza Charry. Análise da validade, interpretação e preferência da versão brasileira da **Escala Facial de Dor**-Revisada, em duas amostras clínicas. 2012.
7. SCHECHTER, Neil L.; ALTMAN, Arnold; WEISMAN, Steven. REPORT OF THE CONSENSUS CONFERENCE ON THE MANAGEMENT OF PAIN IN CHILDHOOD-CANCER. **Pediatrics**, v. 86, n. 5, p. 813-834, 1990.
8. BATALHA, Luís Manuel Cunha; MENDES, Vera Mónica Pessoa. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability–Revised (FLACC-R). **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 11, p. 7-17, 2013.
9. WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses. Geneva: World Health Organization; 2012. Downing J, Jassal SS, Mathews L, et al., **Pain Management**,5(1):23-35.
10. AGARWAL, Shilpi et al. Refractory cancer pain in young child at end-of-life: Can we alleviate the suffering?. **Indian Journal of Cancer**, v. 59, n. 2, p. 265-268, 2022.
11. DE CASTRO, Anita Perpetua Carvalho Rocha; DOS SANTOS NASCIMENTO, Jedson; FLORES, Murilo Pereira. Tratamento da Dor Pós-Operatória em Pediatria. **Revista Científica Hospital Santa Izabel**, v. 5, n. 1, p. 10-18, 2021.
12. KAMAT, Pradip P.; BERKENBOSCH, John W. (Ed.). Sedation and Analgesia for the Pediatric Intensivist: A Clinical Guide. **Springer Nature**, 2020.
13. AINSWORTH, Sean B. Neonatal formulary: drug use in pregnancy and the first year of life. **John Wiley & Sons**, 2014.
14. PEDRO, Ana; SILVA, Manuel P. Manual de rotação de opioides. **Associação Portuguesa para o Estudo da Dor**, 3ª edição, 2017.
15. LANDRY, Bradford W. et al. Managing chronic pain in children and adolescents: a clinical review. **Pm&r**, v. 7, n. 11, p. S295-S315, 2015.
16. FRIEDRICHSDORF, Stefan J.; GOUBERT, Liesbet. Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. **Pain reports**, v. 5, n. 1, p. e804, 2020.

Dispneia

1. GARCIA-SALIDO, Alberto et al. Update on the palliative care approach at the pediatric intensive care unit. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 120, n. 6, p. e255-e263, 2022.
2. MARTINS, Renata; DE ASSUMPÇÃO, Maíra S.; SCHIVINSKI, Camila IS. Percepção de esforço e dispneia em pediatria: revisão das escalas de avaliação. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 47, n. 1, p. 25-35, 2014.
3. ROBERTSON, ROBERT J. et al. Children's OMNI scale of perceived exertion: mixed gender and race validation. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 32, n. 2, p. 452, 2000.
4. YELLING, Martin; LAMB, Kevin L.; SWAINE, Ian L. Validity of a pictorial perceived exertion scale for effort estimation and effort production during stepping exercise in adolescent children. **European Physical Education Review**, v. 8, n. 2, p. 157-175, 2002.
5. CAVALCANTE, Tatiana de Medeiros Colletti et al. Uso da escala modificada de Borg na crise asmática. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, p. 466-473, 2008.

Náuseas e vômitos

1. BAUMANN, Fanni et al. Clinical characteristics of the end-of-life phase in children with life-limiting diseases: retrospective study from a single center for pediatric palliative care. **Children**, v. 8, n. 6, p. 523, 2021.
2. CARE, BMC Palliative. **A Dutch paediatric palliative care guideline: a systematic review and evidence-based recommendations for symptom treatment**. 2024.
3. APPM Master Formulary . **The association for Paediatric Palliative Medicine**. 6th ed. [homepage on the Internet]. 2024.

Delirium e agitação

1. GARCIA-SALIDO, Alberto et al. Update on the palliative care approach at the pediatric intensive care unit. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 120, n. 6, p. e255-e263, 2022.
2. CARE, BMC Palliative. **A Dutch paediatric palliative care guideline: a systematic review and evidence-based recommendations for symptom treatment**. 2024.
3. APPM Master Formulary . **The association for Paediatric Palliative Medicine**. 6th ed. [homepage on the Internet]. 2024.

Convulsões

1. GARCIA-SALIDO, Alberto et al. Update on the palliative care approach at the pediatric intensive care unit. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 120, n. 6, p. e255-e263, 2022.
2. APPM Master Formulary . **The association for Paediatric Palliative Medicine**. 6th ed. [homepage on the Internet]. 2024.

Constipação

1. FLERLAGE, Jamie E.; BAKER, Justin N. Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in children and adolescents and young adults with progressive incurable cancer at the end of life. **Journal of palliative medicine**, v. 18, n. 7, p. 631-633, 2015.
2. Instituto Nacional de Câncer. Controle de Sintomas e Cuidados Paliativos de Criança. **Rev. Bras. Cancerol.** [Internet]. 15º de dezembro de 2022 [citado 8º de outubro de 2024];46(2):137-45. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3409>.
3. APPM Master Formulary . **The association for Paediatric Palliative Medicine**. 6th ed. [homepage on the Internet]. 2024.