



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

DIOGO EVANDRO RICHTER

**PROTOCOLO DE CUIDADOS DE FIM DE VIDA EM PACIENTES NA UNIDADE
DE INTERNAÇÃO – HCPA**

Porto Alegre

2024

DIOGO EVANDRO RICHTER

**PROTOCOLO DE CUIDADOS DE FIM DE FIM DE VIDA EM PACIENTES NA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO – HCPA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Geriatria.

Orientadora: Dra. Fernanda Mariani Cocolichio

Porto Alegre

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Richter, Diogo Evandro
PROTOCOLO DE CUIDADOS DE FIM DE VIDA EM PACIENTES
NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO - HCPA / Diogo Evandro
Richter. -- 2024.
38 f.
Orientadora: Fernanda Mariani Cocolichio.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Geriatria, Porto Alegre,
BR-RS, 2024.

1. Cuidados Paliativos. I. Cocolichio, Fernanda
Mariani, orient. II. Título.

Dedico este trabalho aos meus mestres, que durante toda a jornada acadêmica e profissional, me trouxeram a esse momento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma maneira, contribuíram para a trajetória da minha vida até o presente momento, destacando, sobretudo, a minha estimada família. Expresso também minha profunda gratidão à minha orientadora, Dra. Fernanda, sem cuja orientação esse protocolo não teria sido concebido.

RESUMO

Com o progresso da evolução técnico-científica na medicina contemporânea, deparamo-nos cada vez mais com pacientes portadores de doenças crônicas em estágios avançados ou enfermidades graves com prognóstico sombrio. Isso se deve não apenas ao aumento dos diagnósticos, mas também à capacidade crescente dos tratamentos de prolongar a sobrevivência do paciente, muitas vezes à custa do aumento do seu sofrimento. A evolução técnico-científica também trouxe consigo novas possibilidades terapêuticas para aprimorar o cuidado do paciente paliativo, visando proporcionar o máximo conforto diante de todos os sintomas que possam gerar sofrimento. Isso impõe ao profissional a necessidade de adaptar a abordagem terapêutica a cada paciente específico, sempre orientado pelos princípios éticos da benevolência, não maleficência e respeito à autonomia do paciente. O cuidado desses pacientes torna-se, assim, um desafio repleto de nuances e cuidados que devem ser aplicados com a finalidade de garantir a melhor qualidade de vida nos últimos momentos do paciente. O propósito deste protocolo é fornecer o mais atualizado conhecimento e práticas de maneira clara e objetiva, com o intuito de aprimorar o cuidado do paciente em cuidados paliativos durante sua fase ativa de morte.

Palavras-chave: cuidado paliativo; terminalidade; controle de sintomas; sofrimento; sedação paliativa.

ABSTRACT

With the ongoing progress in technical-scientific advancements in contemporary medicine, we increasingly encounter patients with chronic conditions in advanced stages or facing serious illnesses with poor prognoses. This stems not only from a rise in diagnoses but also from the expanding capacity of treatments to extend patient survival, often at the expense of heightened suffering. This technical-scientific evolution has introduced new therapeutic avenues to enhance palliative patient care, striving to provide optimal comfort in the face of all symptomatic sources of distress. This necessitates professionals to tailor therapeutic approaches to each individual patient, guided by ethical principles of benevolence, non-maleficence, and respect for patient autonomy. Caring for these patients thus becomes a nuanced challenge, requiring meticulous attention to ensure the highest quality of life during their final moments. The purpose of this protocol is to deliver the most current knowledge and practices in a clear and objective manner, aiming to enhance the care of patients in palliative settings during the active phase of death.

Keywords: Palliative care; Terminal illness; Symptom management; Suffering; Palliative sedation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Escala Visual Analógica (EVA)	23
Figura 2 - Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS).....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sinais e sintomas no processo ativo de morte	17
Tabela 2 - Palliative Performance Scale (PPS)	18
Tabela 3 - Metas para a comunicação no fim de vida	19
Tabela 4 - Elementos essenciais do comportamento empático	20
Tabela 5 - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (versão revisada) (ESAS-r).....	22
Tabela 6 - Medicamentos para tratamento da dor com a dose inicial respectiva.....	24
Tabela 7 - Medicamentos para manejo da dispneia	25
Tabela 8 - Receptores e vias da náusea e vômitos.....	26
Tabela 9 - Sítios de ação das drogas comumente usadas como antieméticos em cuidados paliativos.....	27
Tabela 10 - Medicamentos utilizadas para o manejo do delirium	28
Tabela 11 - Medicamentos utilizadas para sedação paliativa	29
Tabela 12 - Cuidados relacionados à dignidade no final da vida	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PPS	Palliative Performance Scale
PPI	Palliative Performance Index
KPS	Karnofsky Performance Scale
VO	Via Oral
EV	Endovenosa
HP	Hipodermóclise
SC	Subcutâneo
EVA	Escala Visual Analógica da Dor
PAINAD	Escala de avaliação da dor em demência avançada
AINEs	Anti-Inflamatórios Não Esteroidais
DTD	Dose Total Diária
SpO2	Saturação Periférica de Oxigênio
BIC	Bomba de Infusão Contínua
VNI	Ventilação Não Invasiva
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 Objetivo geral.....	14
1.2.2 Objetivos específicos.....	14
2 MÉTODOS.....	15
3 PROTOCOLO	16
3.1 CONCEITOS FUNDAMENTAIS	16
3.1.1 Terminalidade.....	16
3.1.2 Final da vida.....	16
3.1.3 Fase ativa de morte.....	16
3.2 ESCALAS PROGNÓSTICAS.....	17
3.2.1 Palliative Performance Scale (PPS)	17
3.2.2 Palliative Prognostic Index (PPI)	19
3.3 COMUNICAÇÃO	19
3.4 DIETA	20
3.5 ADEQUAÇÃO TERAPÊUTICA.....	21
3.6 CONTROLE DE SINTOMAS NO PACIENTE EM FASE FINAL DE VIDA.....	21
3.6.1 Dor	22
3.6.2 Dispneia	24
3.6.3 Hipersecretividade de vias aéreas	25
3.6.4 Náuseas e Vômitos	26
3.6.5 Delirium.....	27
3.7 SEDAÇÃO PALIATIVA	28
3.8 CUIDADOS RELACIONADOS À DIGNIDADE NO FINAL DA VIDA	29
3.9 ÓBITO EM DOMICÍLIO	30
3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	30
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXO A – FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE PARA CUIDADOS PALIATIVOS	34
ANEXO B – FLUXOGRAMA PARA CONTROLE DE SINTOMAS EM PACIENTES EM CUIDADOS DE FIM DE VIDA	35

ANEXO C - ESCALA PPI.....	36
ANEXO D - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DOR EM DEMÊNCIA AVANÇADA PAINAD-BR.....	37

1 INTRODUÇÃO

O manejo de pacientes em cuidados paliativos é uma tarefa desafiadora e complexa, exigindo amplo conhecimento para lidar de maneira eficaz tanto com o paciente quanto com a família, proporcionando o conforto necessário em momentos de intenso sofrimento. Além da complexidade inerente a esse momento, a evolução da medicina acrescenta desafios na definição dos limites terapêuticos, que, cada vez mais ampliados pela capacidade de prolongar a sobrevida, frequentemente resultam em sofrimento para o paciente, trazendo sintomas mais difíceis de tratar, lesões mais graves e gerando dificuldades na aceitação da terminalidade da vida humana tanto pelos profissionais quanto pelo paciente e familiares. Este protocolo busca realizar uma revisão da literatura, detalhando os principais cuidados e medicações de maneira concisa, a fim de orientar o manejo do paciente em fase terminal e garantir o melhor cuidado e conforto tanto para o paciente quanto para a família.

1.1 JUSTIFICATIVA

A dificuldade e a falta de conhecimento sobre os cuidados paliativos ressaltam a necessidade não apenas de educar profissionais e pacientes, mas também de fornecer, de maneira sucinta e rápida, um recurso para consulta de dúvidas pontuais. Este protocolo tem como objetivo auxiliar no manejo do paciente durante seus momentos finais de vida.

1.2 OBJETIVOS

Elaborar e implementar um protocolo direcionado aos profissionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) com o propósito de fornecer informações atualizadas sobre o manejo ideal do paciente em fim de vida. Este protocolo abrangerá orientações específicas para o tratamento de sintomas, utilizando medicações, além de práticas de cuidados não farmacológicos. Adicionalmente, fornecerá informações cruciais para promover a dignidade do paciente e empregar técnicas eficazes de comunicação. O objetivo central é capacitar os profissionais para oferecer um cuidado mais compassivo, abrangente e centrado no paciente durante essa fase sensível e de grande sofrimento.

1.2.1 Objetivo geral

Desenvolver um protocolo direcionado aos profissionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) com o intuito de aprimorar e simplificar o cuidado prestado aos pacientes em cuidados de fim de vida.

1.2.2 Objetivos específicos

Este protocolo tem como objetivo revisar as medicações, práticas de cuidados não farmacológicos, estratégias de comunicação, cuidados multiprofissionais e condutas que podem acarretar malefícios ao paciente. A intenção é assegurar o fornecimento do melhor cuidado possível, promovendo o conforto e a qualidade do cuidado ao paciente durante toda a fase final de sua vida.

2 MÉTODOS

A elaboração deste protocolo foi fundamentada na revisão da literatura sobre cuidados paliativos, considerando fontes tanto brasileiras quanto internacionais, por meio da análise de livros e artigos no Pubmed, de maior relevância e recentes. Adicionalmente, foi incorporada a prática clínica do cenário brasileiro para abordar eventuais discordâncias nas literaturas consultadas. O objetivo primordial foi criar um documento que sintetizasse e resumisse as principais condutas, oferecendo um guia conciso para o aprimoramento do manejo do paciente em cuidados de fim de vida.

3 PROTOCOLO

Este protocolo aplica-se para o manejo de pacientes em cuidados paliativos, em cuidados de fim de vida com objetivo de auxiliar o profissional de saúde na tomada de decisão e controle de sintomas relacionados às últimas 48h de vida de pacientes internados na unidade de internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

3.1 CONCEITOS FUNDAMENTAIS

3.1.1 Terminalidade

A terminalidade da vida refere-se ao conceito de que o paciente está em uma condição de saúde irreversível e não passível de cura, resultando inevitavelmente em óbito. Essa fase não possui um tempo definido até o desfecho final, caracterizando-se pela irreversibilidade da condição médica.

3.1.2 Final da vida

O final de vida é o período em que se inicia, de forma irreversível, o processo de óbito do paciente, com um prognóstico frequentemente estimado em dias, semanas ou, em algumas literaturas, meses. Durante esse intervalo, é comum a manifestação ou intensificação de diversos sintomas, contribuindo para o aumento do sofrimento tanto do paciente quanto de seus familiares. Nesse contexto, a intervenção dos cuidados paliativos desempenha um papel crucial, reduzindo significativamente o sofrimento e prevenindo uma morte caótica.

O cuidado no momento final de vida torna-se complexo não apenas devido aos sintomas e ao sofrimento acentuado, mas também em decorrência das frequentes alterações no quadro clínico do paciente. Essas mudanças demandam uma atenção especial por parte da equipe de enfermagem e dos cuidados paliativos, permitindo uma resposta imediata às alterações e, assim, aliviando o sofrimento do paciente.

3.1.3 Fase ativa de morte

Refere-se aos últimos momentos de vida do paciente, geralmente definida como as últimas 48 horas. É crucial enfatizar que, nesta fase, qualquer tratamento instituído não será capaz de reverter o quadro. Durante esse período, observa-se uma acentuada piora dos sintomas já apresentados anteriormente, com as disfunções orgânicas tornando-se mais evidentes, e a comunicação com o paciente torna-se mais difícil, o quadro é como se o mesmo fosse se "ausentando da vida" gradualmente.

Os sintomas mais comuns nas últimas 48 horas incluem anorexia e baixa ingestão de líquidos, imobilidade, alteração cognitiva e delirium, mioclonus, dor, sinais de disfunção orgânica, culminando no que é conhecido como "sororoca" ou ronco final.

Tabela 1 - Sinais e sintomas no processo ativo de morte

Sinais e sintomas no processo ativo de morte:
Diminuição das atividades sociais: fraqueza e fadiga intensa
Diminuição da ingestão oral e de medicamentos
Imobilidade e maior dependência
Alteração do nível de consciência: sonolência ou <i>delirium</i>
Exacerbação de sintomas físicos: dor, dispnéia, agitação psicomotora e outros
Alteração de eliminações fisiológicas: oligúria ou retenção urinária, obstipação e/ou incontinências
Alteração no padrão respiratório: respiração de Cheyne-Stokes, taquipnéia ou respiração agônica, ronco da morte ("sororoca")
Colapso periférico: pele fria, cianose de extremidades, diminuição de perfusão periférica, hipotensão arterial e bradicardia.

Manual de Cuidados Paliativos ANCP, 3ed, p 515.

3.2 ESCALAS PROGNÓSTICAS

3.2.1 Palliative Performance Scale (PPS)

Escala adaptada do Karnofsky Performance Status (KPS) que possui 11 níveis de "performance" do paciente, de 0 a 100, graduados a cada 10 pontos – visa objetivar a funcionalidade do paciente, para melhor compreensão do quadro por todos os profissionais, além de auxiliar a mensurar a progressão da disfunção do paciente.

Tabela 2 - Palliative Performance Scale (PPS)

PPS	Deambulação	Atividade e evidências da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível de Consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 80%	Completa	Incapaz para o trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 60%	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 50%	Reduzida	Incapacitado para qualquer trabalho; Doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 40%	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapaz para a maioria das atividades; Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 30%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para qualquer atividade; Doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; Doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/- confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

3.2.2 Palliative Prognostic Index (PPI)

Essa escala agrega à PPS, mais informações como aceitação oral, edema, dispneia ao repouso e Delirium, para melhor prognosticar o paciente, sendo a sobrevivência estimada menor de três semanas para pacientes com PPI maior que 6; menor que 6 semanas, para pacientes com 5 ou 6 pontos; e maior que 6 semanas para pacientes com 4 ou menos pontos.

3.3 COMUNICAÇÃO

É de extrema importância uma boa comunicação com paciente e familiares, sendo que essa, se bem realizada, pode trazer desfechos tranquilos ao decorrer da doença, até o processo de morte. Estratégias e técnicas para uma boa comunicação devem ser empregadas, de forma verbal e não verbal – permitindo ao paciente compartilhar seus sentimentos, diminuindo o estresse psicológico e garantindo a autonomia do mesmo. É necessário reforçar que decisões técnicas cabem ao médico e não devem ser terceirizadas para o paciente ou familiares, porém, ressalta-se que as decisões devem respeitar a autonomia e crenças dos mesmos.

Uma comunicação adequada ao final da vida deve permitir conhecer os anseios, expectativas do paciente, facilitar o alívio de sintomas, fornecer informações verdadeiras de forma delicada, identificar fatores que podem melhorar o bem estar e demais, conforme a tabela a seguir:

Tabela 3 - Metas para a comunicação no fim de vida

Ao final da vida, espera-se que uma comunicação adequada permita:
Conhecer os problemas, anseios, temores e expectativas do paciente.
Facilitar o alívio de sintomas de modo eficaz e melhorar sua autoestima
Oferecer informações verdadeiras, de modo delicado e progressivo, de acordo com as necessidades do paciente.
Identificar o que pode aumentar seu bem estar.
Conhecer seus valores culturais, espirituais e oferecer medidas de apoio.
Respeitar/reforçar a autonomia.
Tornar mais direta e interativa a relação profissional de saúde-paciente.
Melhorar as relações com os entes queridos.
Detectar necessidades da família.
Dar tempo e oferecer oportunidades para a resolução de assuntos pendentes (despedidas, agradecimentos, reconciliações).
Fazer com que o paciente se sinta cuidado e acompanhado até o final.
Diminuir incertezas.
Auxiliar o paciente no bom enfrentamento e vivência do processo de morrer.

Adaptado do Manual de cuidados paliativos ANCP, 2ª edição, p. 76

Além disso, a literatura traz técnicas que podem auxiliar a comunicação, podendo ser empregadas para facilitar a comunicação de maneira empática, conforme a tabela a seguir:

Tabela 4 - Elementos essenciais do comportamento empático

Comportamento empático envolve:
Manter contato com os olhos durante, aproximadamente, 50% do tempo da interação.
Ouvir atentamente.
Permanecer em silêncio enquanto o outro fala, utilizando meneios positivos.
Utilizar sorrisos.
Manter tom de voz suave.
Voltar o corpo na direção de quem fala e manter membros descruzados.
Utilizar, eventualmente, toques afetivos nos braços, mãos ou ombros.

Adaptado do Manual de cuidados paliativos ANCP, 2ª edição, p. 78

Na fase terminal, manter uma comunicação contínua e acessível aos familiares é de extrema importância para assegurar serenidade durante o processo de morte do paciente. Estudos indicam que, nesse contexto, os familiares desejam sentir-se úteis no cuidado do paciente, compreender as ações em andamento, obter informações atualizadas sobre o quadro de saúde, ter a certeza do conforto do paciente, expressar suas próprias emoções, ter seus sentimentos compreendidos e confortados, e encontrar algum significado na perda da pessoa amada.

3.4 DIETA

Antes dos momentos finais de vida, a doença de base desencadeia um quadro inflamatório resultando em hiporexia nos pacientes. Durante a fase ativa de morte, ocorre uma redução do metabolismo, desencadeando uma anorexia "fisiológica" em resposta ao contexto clínico. Nesse período, a administração de alimentação por meio de sondas enterais pode ser considerada ineficaz e até prejudicial, causando desconforto ao paciente, tanto devido à presença da sonda quanto por poder ocasionar náuseas, vômitos, distensão abdominal e aspiração de conteúdo gástrico.

Em situações em que há discordância ou resistência da família em relação à retirada da sonda que já está sendo utilizada, sugere-se reduzir o volume de dieta administrado para no máximo 20 ml/h, mantendo a menor infusão aceita pela família. A baixa aceitação de líquidos nos momentos finais pode indicar a proximidade do óbito.

Deve-se evitar a hidratação artificial nas últimas horas de vida, uma vez que isso pode resultar em edema e congestão pulmonar, causando desconforto respiratório. A hidratação dos

lábios com gaze ou gelo pode proporcionar conforto suficiente. No entanto, caso ainda haja algum benefício esperado na hidratação por via parenteral e seja optado por realizá-la, ela pode ser feita por via subcutânea (hipodermóclise) e em pequenas quantidades.

3.5 ADEQUAÇÃO TERAPÊUTICA

O médico assistente desempenha um papel crucial ao reavaliar minuciosamente as medicações em uso, priorizando aquelas que realmente beneficiam o paciente e evitando a obstinação terapêutica que pode resultar em malefícios. A revisão técnica das medicações voltadas para prevenção primária e secundária é de extrema importância, com ajustes considerados para alinhar seus benefícios à expectativa de sobrevivência do paciente. A avaliação contínua da manutenção de intervenções é essencial, buscando encontrar o equilíbrio entre toxicidade e resposta clínica.

Após a análise dos prós e contras das medicações a serem retiradas, é fundamental observar se a interrupção causa desconforto à família ou ao paciente. Caso a retirada gere desconforto, sem representar danos ao paciente, a manutenção pode ser ponderada. A continuidade, por exemplo, do uso de antibióticos durante o processo ativo de morte pode proporcionar conforto à família, evitando a sensação de acelerar o óbito, e ainda trazer benefícios no controle de secreções purulentas em caso de infecção.

3.6 CONTROLE DE SINTOMAS NO PACIENTE EM FASE FINAL DE VIDA

Em pacientes capazes de deglutir as medicações, a via de administração preferencial é a via oral (VO). Para aqueles que não conseguem deglutir, a opção preferencial é a via subcutânea, utilizando o cateter de infusão subcutânea, também conhecido como hipodermóclise, devido à sua menor invasividade em comparação à via endovenosa. A via endovenosa (EV) pode ser adotada se já estiver estabelecida, no entanto, caso o paciente perca essa via, a transição para a via subcutânea é recomendada. A lista de medicações e doses aprovadas para uso via hipodermóclise no HCPA podem ser acessadas através da Intranet, Centro de Informações sobre Medicamentos HCPA.

Em cuidados paliativos, recomenda-se o uso da escala de Edmonton (ESAS) diariamente para graduação e intensidade dos sintomas. A prescrição no cenário de fim de vida é dinâmica e deve ser ajustada conforme as necessidades individuais de cada paciente e reavaliada frequentemente.

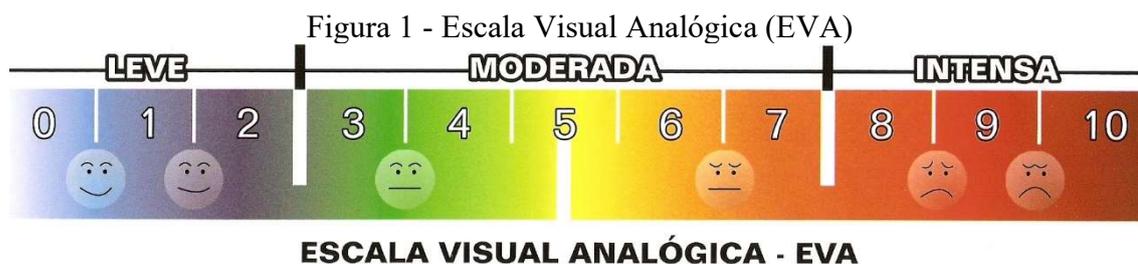
Tabela 5 - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (versão revisada) (ESAS-r)

Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo AGORA:		
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço (Cansaço = falta de energia)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de apetite possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível
Sem depressão (Depressão = sentir-se triste)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade (Ansiedade = sentir-se nervoso)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Com bem-estar (Bem-estar/mal estar = como você se sente em geral)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior mal-estar possível
Sem _____ (Outro problema, p. ex. prisão de ventre)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível

Adaptado de MONTEIRO, 2012.

3.6.1 Dor

A dor pode ser classificada em diferentes formas, incluindo nociceptiva (somática ou visceral) e neuropática (central ou periférica). Uma abordagem simples para avaliar a intensidade da dor, quando o paciente está consciente, é utilizar a Escala Visual Analógica (EVA), que permite a classificação numa escala de 0 a 10, sendo leve de 1 a 3, moderada de 4 a 6 e intensa de 7 a 10. Quando o paciente não está responsivo, a dor pode ser avaliada por meio de sinais indiretos, tais como vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal, respiração e consolabilidade. Nestes casos, a Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada (PAINAD) pode ser uma ferramenta útil.



3.6.1.1 Analgésicos simples e Anti-inflamatórios não hormonais (AINEs)

Analgésicos simples como Dipirona, Paracetamol e outros diversos AINEs, podem ser empregados no tratamento da dor leve (escala EVA 1-3) – devem ser associados a opioides em dores de maior intensidade, não suspender após associar.

3.6.1.2 Opioides Fracos

Tramadol e Codeína são considerados opioides fracos, sendo utilizados quando a dor é moderada (EVA 4-6).

3.6.1.3 Opioides Fortes

Para quadros algícos intensos (EVA 7-10) em ambiente hospitalar, a preferência é pelo uso de opioides potentes no tratamento da dor, visando uma titulação eficaz e controle adequado. Entre as opções disponíveis, a morfina é frequentemente escolhida nos cuidados de fim de vida devido ao seu início rápido de ação, facilidade de titulação, meia-vida curta e auxílio no manejo da dispneia.

A dose inicial fixa de morfina para pacientes virgens de opioides deve ser de 5mg via oral a cada 4 horas ou 2mg via SC/HP/EV, espaçando o intervalo de administração para 6 horas no caso de pacientes com insuficiência renal (Clearance de creatinina menor 30 mL/min). É importante lembrar que a dose via parenteral é 3 vezes mais potente que a via oral, devendo ser lembrado ao calcular a transição entre as vias. A dose deve ser ajustada diariamente, utilizando o cálculo da dose total diária (DTD), que consiste na soma da dose fixa administrada no paciente aos resgates. A partir desse valor, adiciona-se 20% para obter a nova DTD, a qual é dividida em intervalos de 4 ou 6 horas. A dose de resgate para quadros algícos deve ser de 10% da DTD, preferencialmente administrada via endovenosa devido ao rápido início de ação.

Figura 2 - Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS)

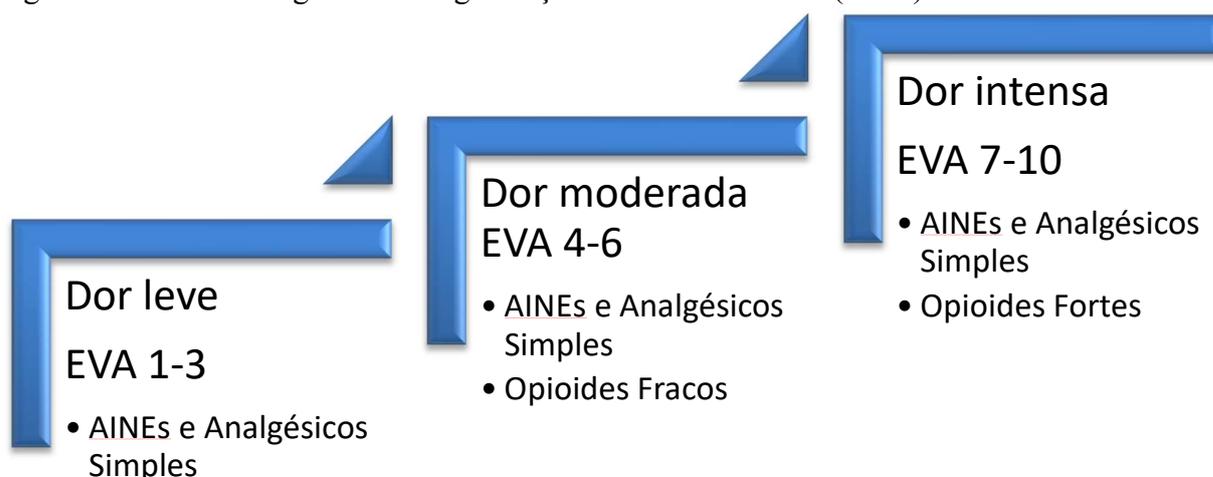


Tabela 6 - Medicamentos para tratamento da dor com a dose inicial respectiva

Medicação	Dose inicial
Dipirona	1g via parenteral 6/6h ou 2g 8/8h
Tenoxicam	40mg via HP/EV 1x/dia
Tramadol	100mg via EV 6/6h
Morfina	Parenteral: 2mg 4/4h Oral: 5mg 4/4h *Caso insuficiência renal, 6/6h

3.6.2 Dispneia

A dispneia é um sintoma complexo, multifatorial, podendo ser desencadeada por diversas causas como hipoxemia, acidose, sobrecarga volêmica, sarcopenia e sofrimento psicológico, mesmo na ausência de patologia pulmonar. Identificar a origem da dispneia, seus fatores desencadeantes, padrões de melhora e piora é crucial para uma condução eficaz do sintoma, buscando, sempre que possível, reverter suas causas.

Quando a dispneia é associada à hipoxemia, a administração de oxigênio é indicada quando os níveis de SpO₂ estão abaixo de 90%, ou quando há ansiedade por parte do paciente ou familiares em relação à sua administração. Em casos de dispneia com saturação normal, o uso de medicações é recomendado. Opioides, com destaque para a morfina, e benzodiazepínicos, como Midazolam e Lorazepam, são os fármacos mais eficazes no controle desse sintoma.

A administração inicial de morfina pode ser feita com 2mg via oral a cada 4 horas, 2mg via subcutânea a cada 4 horas, ou 10mg em bomba de infusão contínua em 24 horas, com a dose titulada conforme a necessidade e controle do sintoma.

No caso dos benzodiazepínicos, o Midazolam é preferido por sua versatilidade de administração (oral ou parenteral), iniciando-se com doses baixas de 5 a 10mg a cada 24 horas. Essa dose pode ser administrada de forma contínua ou intermitente, com administração de 2,5mg a cada 6 horas, ajustando conforme a necessidade. Quando possível, a administração oral de Lorazepam 1mg duas vezes ao dia ou Alprazolam 0,5mg 2 a 3 vezes ao dia pode ser oferecida. É importante lembrar que, se a causa subjacente da dispneia for reversível, deve ser tratada simultaneamente.

Em situações de dispneia aguda, a ventilação não invasiva (VNI) pode ser utilizada temporariamente para aliviar os sintomas enquanto se aguarda o efeito das medicações. No entanto, é essencial considerar que isso pode causar desconforto ao paciente, prejudicando a alimentação e comunicação. Paciente e familiares devem estar cientes e concordantes com essa abordagem.

Em pacientes paliativos em fase final de vida, a intubação orotraqueal não é recomendada, pois não proporciona benefícios significativos no alívio do desconforto respiratório, caracterizando obstinação terapêutica, podendo prolongar sofrimento diante de um cenário irreversível. Além disso, pode acarretar malefícios ao paciente, exigindo maior sedação, ventilação mecânica, e envolvendo dor e desconforto associado ao procedimento, entre outros.

Tabela 7 - Medicações para manejo da dispneia

Medicação	Dose
Morfina	2mg 4/4h via SC/HP/EV
Midazolam	2,5mg 6/6h via SC/EV
Lorazepam	1mg VO a cada 8h
Alprazolam	0,5mg 2-3 vezes ao dia

3.6.3 Hipersecretividade de vias aéreas

O descontrole neurológico da deglutição se intensifica com a redução do nível de consciência, resultando no acúmulo de secreção nas vias aéreas e, conseqüentemente, em uma respiração ruidosa que pode causar desconforto aos familiares. Para prevenir e tratar esse quadro, é possível contar com a assistência do fisioterapeuta, que pode ajustar a posição da cabeça para minimizar o ruído respiratório, além de manter o paciente confortável com a cabeceira da cama elevada a 45°.

Medicações podem ser utilizadas para auxiliar no controle da secreção, sendo a Escopolamina uma opção eficaz, administrada em doses de 20mg a cada 6 horas (até a dose máxima de 120mg/dia) por via endovenosa ou subcutânea. Outra alternativa é a atropina colírio

1%, aplicada por via oral na dose de 1-2 gotas a cada 6-8 horas, ajustando conforme a resposta do paciente.

A aspiração, por ser um procedimento invasivo, geralmente não proporciona benefícios significativos para pacientes na fase ativa de morte. Ela deve ser considerada apenas se a secreção e o ruído estiverem causando desconforto ao paciente ou à família, sendo crucial realizar analgesia pré-procedimento para minimizar qualquer desconforto inerente ao procedimento.

Quanto ao uso de antibióticos na fase final da vida ou no processo ativo de morte, essa decisão deve ser ponderada, considerando a fase em que o paciente se encontra. No caso do processo ativo de morte, os antibióticos só são indicados se trouxerem benefícios claros no controle da secreção.

A hidratação parenteral não é indicada no processo ativo de morte, por agravar a dispneia, resultando em hipersecreção e edema pulmonar, o que pode causar desconforto ao paciente

3.6.4 Náuseas e Vômitos

Múltiplos são os mecanismos causadores, os receptores e vias envolvidas, sendo que a terapia medicamentosa deve ser guiada pelo mecanismo mais provavelmente responsável.

Tabela 8 - Receptores e vias da náusea e vômitos

Causa	Estrutura	Receptor
Drogas, distúrbios metabólicos, toxinas	ZQG	D2, 5-HT3, NK1
Vestibular	Via CV	H1, Ach _m , 5-HT2
Trato Gastrointestinal	Via ZQG	5-HT3
Trato Gastrointestinal	Via CV	H1, Ach _m , 5-HT2
Aferentes corticais	Via CV	H1, Ach _m , 5-HT2
Visceral	Via CV	Ach _m , 5-HT4, 5-HT2
Craniana	Via CV	H1

D2: dopaminérgico tipo 2; 5-HT3: receptor serotoninérgico tipo 3; 5-HT2: receptor serotoninérgico tipo 2; 5HT-4: receptor serotoninérgico tipo 4; Ach_m: acetilcolinérgico muscarínico; NK1 receptor de neurocininas do tipo 1; H1: receptor histaminérgico tipo 1; ZQG: zona de gatilho quimiorreceptora; CV: centro do vômito. Manual de cuidados paliativos ANCP 3ed. p. 112

Tabela 9 - Sítios de ação das drogas comumente usadas como antieméticos em cuidados paliativos

Droga	Receptor e sítio de Ação	Indicação	Dose
Haloperidol	D2 – ZQG	NV induzidos por opioides, NV químicos e metabólicos	0,5mg 6/6 ou 8/8h VO/SC
Metoclopramida	D2 - ZQG D2 - TGI 5-HT4 - TGI 5-HT3 - ZQG + TGI	Estase gástrica e Íleo Quimioterapia *Não utilizar caso obstrução intestinal	10mg 6/6h
Domperidona	D2 - ZQG D2 - TGI	Quimioterapia	10mg 8/8h
Clorpromazina	H1 - ZQG, CV, TGI	Obstrução intestinal, irritação peritoneal, causas vestibulares, aumento da PIC	12,5-25mg 8/8h SC
Prometazina	H1 - ZQG, CV, TGI, aferentes vestibulares	Obstrução intestinal, irritação peritoneal, causas vestibulares, aumento da PIC	12,5 a 25mg VO/IV 4/4 ou 6/6h
Escopolamina	Ach _m - CV, TGI	Obstrução intestinal, irritação peritoneal, aumento da PIC, excesso de secreções	10-20mg 6/6h (Butilbrometo)
Ondansetrona	5-HT3 - ZQG, CV, TGI	Quimioterapia, radioterapia abdominal	8mg 8/8h VO/SL/EV

TGI: trato gastrointestinal; NV: náuseas e vômitos; ZQG: zona de gatilho quimiorreceptora; CV: centro do vômito; Adaptado de Manual de cuidados paliativos ANCP, 3ed. p. 113

3.6.5 Delirium

No HCPA, existe um protocolo específico para o manejo do delirium, sendo esta seção dedicada ao delirium em pacientes na fase final de vida.

O delirium, sintoma mais prevalente em pacientes idosos, é caracterizado pela alteração flutuante do estado mental. É essencial investigar as causas desencadeantes, como dor, dispneia, constipação, retenção urinária, entre outras.

No caso do delirium hiperativo, após verificar e corrigir os fatores desencadeantes, a primeira escolha é o haloperidol, administrado na dose de 1 a 3mg via subcutânea, com reavaliação para novas administrações a cada 30 minutos, se necessário.

Em situações de delirium hiperativo em fase ativa de morte, pode-se optar por antipsicóticos com maior poder sedativo, como a clorpromazina, administrada na dose de 12,5-50mg via subcutânea a cada 4 a 6 horas.

Tabela 10 - Medicamentos utilizados para o manejo do delirium

Droga	Dose
Haloperidol	1-3 mg via SC, reavaliar em 30 minutos
Clorpromazina	12,5-50mg via SC a cada 4-6h

3.7 SEDAÇÃO PALIATIVA

A sedação paliativa é definida como uma administração de medicamentos sem a intenção de acelerar a morte, visando controlar sintomas intoleráveis e refratários em pacientes com doença avançada e incurável, cuja morte é iminente. O sofrimento refratário ocorre quando, apesar de todas as investigações, tratamentos e consultas a equipes especializadas, persiste o sofrimento, muitas vezes devido a sintomas intratáveis como dor complexa, dispneia, náuseas e vômitos, e sintomas neuropsiquiátricos, incluindo delirium, ansiedade e depressão.

A sedação paliativa pode ser realizada de forma intermitente ou contínua. A preferência é iniciar de forma intermitente, especialmente durante a noite, evoluindo para uma administração contínua caso não haja controle dos sintomas. O objetivo é obter o controle do sintoma, mantendo o máximo de interação possível e garantindo melhor qualidade de sono durante a noite.

No contexto da sedação paliativa, o Midazolam é a droga de escolha. As doses para sedação proporcional variam de 0,5 a 1mg/h, enquanto para sedação profunda são de 3 a 5mg/h. A administração e dose devem ser reavaliadas até atingir o nível desejado de sedação, sendo reavaliadas a cada hora. Há possibilidade de redução da dose assim que o nível desejado for alcançado ou, nos casos de necessidade de incremento, aumentar de 10 a 30% da dose por hora. Quando a dose de Midazolam for maior que 10mg/hora ou quando o motivo da sedação é o delirium, a Clorpromazina deve ser utilizada, sendo a primeira escolha no último caso, deve ser administrada na dose de 50 a 200mg/24h.

É importante destacar que a Morfina em bomba de infusão não deve ser utilizada com a intenção de sedação, devendo ser mantida com doses otimizadas para garantir o controle da dor e da dispneia.

A avaliação da equipe de cuidados paliativos pode ser solicitada a qualquer momento, especialmente quando houver dúvidas quanto ao manejo do paciente paliativo. Caso o paciente não responda às doses de Midazolam a 15ml/h ou haja necessidade de associar Clorpromazina, a consultoria da equipe de cuidados paliativos deve ser solicitada.

Tabela 11 - Medicamentos utilizados para sedação paliativa

Medicação	Dose
Midazolam	1mg/h via EV ou SC/HP *Sugestão: acrescentar 4 ampolas de 15mg/3ml (60mg) à 48ml de SF – solução final 1mg/ml. Iniciar a 1ml/h e titular conforme nível de consciência
Clorpromazina	25-50mg 6/6h via SC/HP

3.8 CUIDADOS RELACIONADOS À DIGNIDADE NO FINAL DA VIDA

É essencial adotar uma série de cuidados para preservar a dignidade do paciente no final da vida, priorizando o respeito às suas vontades e indagando sobre a preferência quanto à presença dos familiares para proporcionar conforto. Aspectos psicológicos e espirituais também devem ser abordados, sendo possível tratar o sofrimento espiritual em três níveis: com a equipe multiprofissional, o capelão ou, em casos mais complexos, o sacerdote. O cadastro de instituições religiosas e seus representantes pode ser acessado na intranet do HCPA.

Paralelamente, os cuidados com a higiene do paciente devem ser valorizados, adaptando-se conforme os valores socioculturais específicos do paciente. Práticas rotineiras que têm impacto na higiene e conforto incluem a manutenção da limpeza do ambiente, banho de aspersão, banho no leito, higiene do couro cabeludo, oral e íntima, adequação da cama e sua arrumação, troca de fraldas, tricotomia facial, massagem de conforto, mobilização no leito e readequação do vestuário. Lembrar que em pacientes que possuam Cardiodesfibrilador implantável (CDI), o mesmo deve ser desligado para não haver descargas no paciente em óbito, evitando desconforto à família.

Tabela 12 - Cuidados relacionados à dignidade no final da vida

Práticas mais comuns para higiene e conforto
Higiene do ambiente
Banho de aspersão (de chuveiro)
Banho no leito
Higiene do couro cabeludo
Higiene oral e íntima
Adequação da cama e sua arrumação
Troca de fraldas
Tricotomia facial
Massagem de conforto
Mudança de decúbito
Readequação do vestuário

Adaptado do Manual de cuidados paliativos ANCP, 2ed, p320

Neste momento, o cuidado com as feridas visa melhorar o conforto do paciente, abordando questões como o odor, sangramento, dor e outros sintomas que possam surgir. A ênfase não está na busca pela cicatrização da ferida, mas sim em promover o bem-estar do paciente.

É crucial ressaltar que, nesse contexto, todos os cuidados devem ser adaptados às vontades e crenças do paciente e da família, evitando qualquer desconforto desnecessário.

Quando necessário, é recomendável solicitar o apoio da equipe de Psicologia. Isso auxilia o paciente a compreender melhor a fase que está vivenciando, revisar sua biografia e contar com um ouvinte capacitado para oferecer conexão emocional.

3.9 ÓBITO EM DOMICÍLIO

Para pacientes e familiares que expressam o desejo de vivenciar o óbito do paciente em seu próprio domicílio, é crucial reforçar que esse é um momento delicado, cheio de nuances e com necessidades/cuidados que, por vezes, podem não ser totalmente atendidos em casa. Portanto, se esse for o desejo deles, é essencial que todos estejam cientes, incluindo familiares e o paciente. Além disso, é fundamental contar com uma equipe de cuidados paliativos que possa oferecer todo o suporte necessário no ambiente domiciliar. Essa equipe pode ser providenciada pela unidade de saúde de referência ou, no município de Porto Alegre, pelo programa de atendimento domiciliar – Melhor em Casa. O importante é garantir que a decisão seja informada, compreendida e que haja um suporte adequado para enfrentar esse momento desafiador em casa.

3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

É importante reforçar que cuidados paliativos estão embasados cientificamente e eticamente.

O uso de sedação paliativa é respaldado tanto pelo Conselho Federal de Medicina quando o Código de Ética Médica:

- Resolução CFM N° 1.805/2006 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169): "Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal".

- Código de Ética Médica: Resolução CFM n° 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções n° 2.222/2018 e 2.226/2019: Capítulo I, item XXII - Princípios

fundamentais: "Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados". Capítulo V, Art. 41 - É vedado ao médico: "Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal". Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo de cuidados de fim de vida auxilia no manejo do paciente em sua fase ativa de morte, em seus momentos finais, trazendo orientações práticas e teóricas de como proceder, além de estimular a reflexão sobre o tema. Apesar disso, a realidade do atendimento ao paciente em fim de vida ainda é insuficiente, por isso é necessária a discussão sobre o tema.

O cuidado paliativo não deve ser centralizado em apenas um profissional, é necessária a atuação da equipe multidisciplinar, a fim de trazer o melhor cuidado para o paciente, de forma ampla e humanizada, do momento do diagnóstico da doença ameaçadora à vida, até a fase pós morte do paciente, oferecendo suporte e apoio às famílias enlutadas. Ainda existem crenças negativas e tabus quanto aos cuidados paliativos, crenças essas que podem atrapalhar e retardar os cuidados necessários para trazer a melhor qualidade de vida possível ao paciente com uma doença que culminará em óbito – ressalta-se que durante todo o processo, o cuidado ao paciente é sempre focado na qualidade de vida, respeitando os valores e desejos do paciente.

Para melhorar o cenário atual do desconhecimento sobre os cuidados paliativos, bem como dos preconceitos e insuficiência técnica sobre o assunto, é necessário criar programas de educação, tanto a nível de sociedade, quanto a nível profissional – trazer formas de capacitação, como programas de educação continuada para as instituições hospitalares e instituições de ensino superior, envolvendo alunos, médicos, fisioterapeutas, enfermagem e outros profissionais de saúde no cuidado.

Todo profissional médico deve ser capaz de, com o conhecimento básico sobre cuidados paliativos, manejar – pelo menos de forma inicial – sintomas e sofrimento que o paciente com doença grave apresenta. Para casos com maiores dificuldades e pacientes com difícil controle de sintomas, o HCPA possui a equipe de Cuidados Paliativos, porém, a atuação dessa depende da solicitação ativa da equipe assistente, limitando a sua atuação.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. 3ª edição. Rio de Janeiro, 2021

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. ampl. E atual. 2ª edição. Porto Alegre, 2012

Cherny NI, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK (eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 6th edition. Oxford, Oxford University Press, 2021.

MACLEOD, Roderick Duncan; VAN DEN BLOCK, Lieve. Textbook of Palliative Care. Cham: Springer, 2019.

CARVALHO, Ricardo Tavares de et al. Manual da Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar. 2. ed. São Paulo: Manole, 2022.

Manual de Cuidados Paliativos. Coordenação de Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte, et al. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2020.

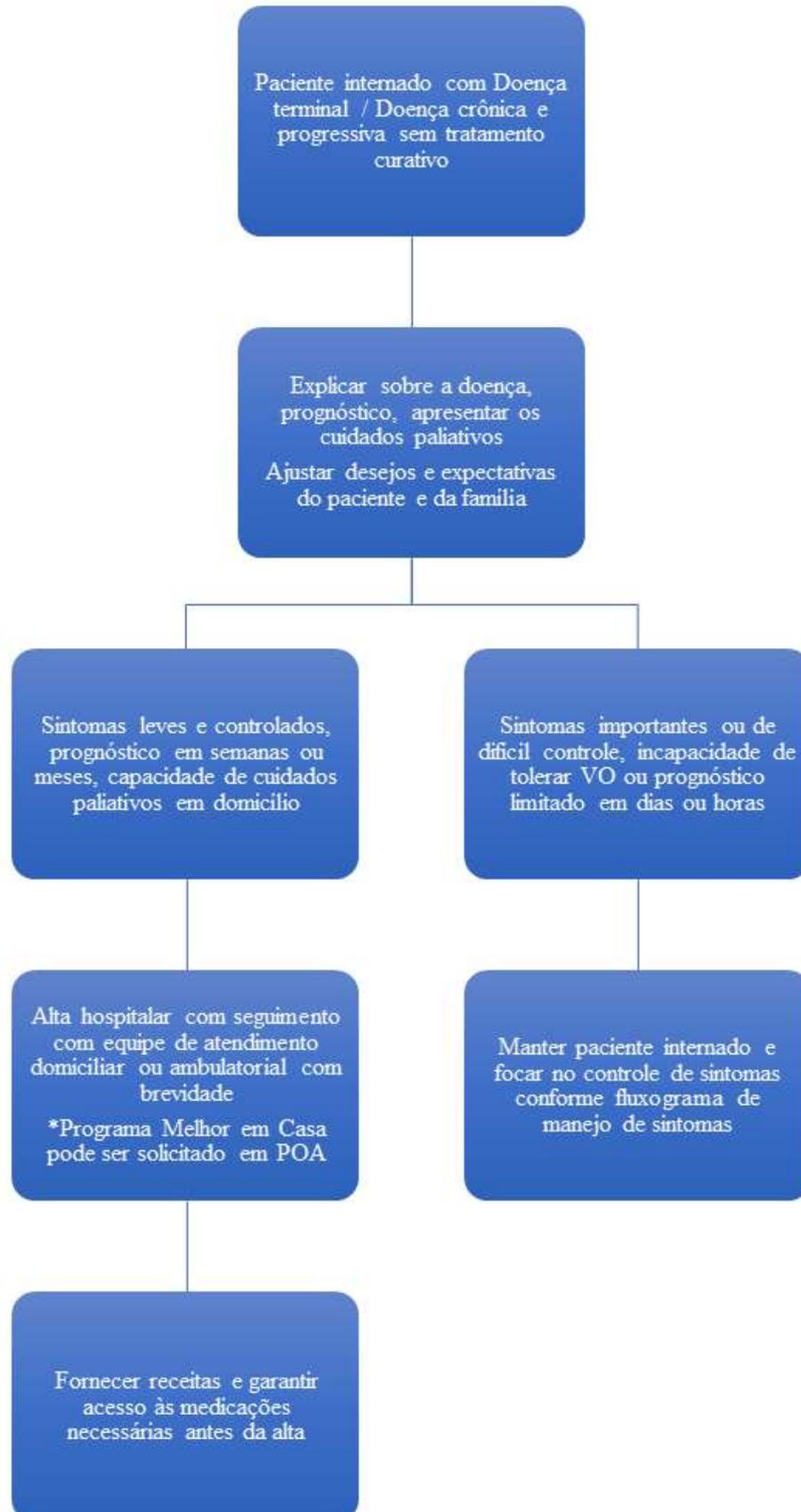
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Terminalidade da Vida. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/download-manager-files/ph_terminalidade_da_vida.pdf. Acesso em: 23 janeiro 2024.

VAMOS FALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS. [S. l.]: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), 2015.

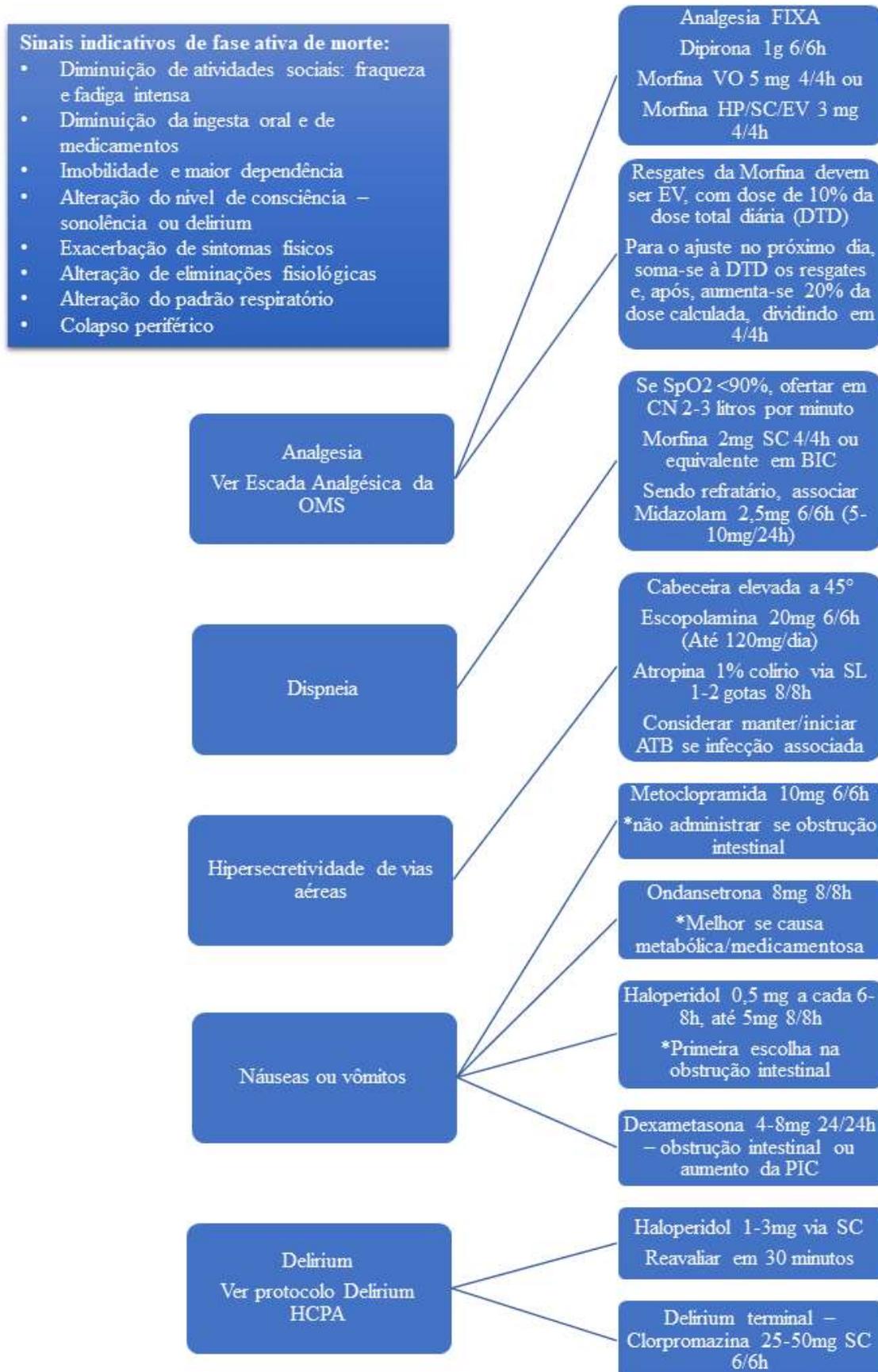
TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM PARA USO EM CUIDADOS PALIATIVOS.

MONTEIRO, D. Dissertação de Mestrado—Universidade Federal do Rio Grande do Sul: [s.n.].

ANEXO A – FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE PARA CUIDADOS PALIATIVOS



**ANEXO B – FLUXOGRAMA PARA CONTROLE DE SINTOMAS EM PACIENTES
EM CUIDADOS DE FIM DE VIDA**



ANEXO C - ESCALA PPI

	Pontuação parcial
PPS	
10-20%	4
30-50%	2,5
>50%	0
Ingestão oral	
Poucas colheres	2,5
Reduzida, mas mais que poucas colheres	1
Normal	0
Edema	
Presente	1
Ausente	0
Dispneia	
Presente	3,5
Ausente	0
Delirium	
Presente	4
Ausente	0

Manual de Cuidados Paliativos 3ª edição, p.15

**ANEXO D - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DOR EM DEMÊNCIA AVANÇADA
PAINAD-BR**

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

Manual da residência de Cuidados Paliativos 2ª Edição, p.511