



Elaboração do Capítulo “Cuidados Paliativos” para o Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade

Campo Grande

2022

ANDRÉ CORRÊA WEY MARQUES

Elaboração do capítulo “cuidados paliativos”

Para o manual do residente em medicina da família e comunidade

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande / Fiocruz.

Orientadora: MFC Camila Silva e Silva

Campo Grande

2022

RESUMO

Introdução: segundo o Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade da SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade), cabe ao médico de família saber manejar úlceras de pressão; dor e nutrição no paciente terminal; preparar e orientar a família e o paciente quanto às providencias relacionadas à morte; manejar situações terminais de doenças crônicas; abordar ao luto e fornecer atestado de óbito. **Objetivo:** elaborar o capítulo “Cuidados Paliativos” para o Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade, como requisito para obtenção de título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em MFC da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande / Fiocruz. **Métodos:** realizou-se revisão de bibliografia atualizada sobre cuidados paliativos, com enfoque em abordagem na APS. **Resultados:** produção do capítulo de “Cuidados Paliativos” com base em literatura atualizada sobre o tema, abordando os temas pertinentes ao assunto de modo didático.

Palavras-chave: cuidados paliativos; medicina de família e comunidade; atenção primária a saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA.....	5
HIPÓTESE.....	5
OBJETIVO PRIMÁRIO.....	5
OBJETIVO SECUNDÁRIO.....	5
MÉTODOS.....	5
RESULTADOS.....	6
16.1 Definição e princípios.....	6
16.2 Prognóstico em cuidados paliativos	9
16.3 Manejo da dor no paciente terminal.....	14
16.4 Manejo da nutrição em paciente terminal.....	18
16.5 Lesões por pressão.....	22
16.6 O preparo do paciente e familiares para a morte – comunicação de más notícias.....	30
16.7 A Declaração de Óbito.....	34
CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

INTRODUÇÃO

Cuidados paliativos trata-se da abordagem ao paciente focada em conforto, ao invés da cura, tendo ganhado notoriedade apenas recentemente, a partir da década de 1960, com a criação do Christopher's Hospice pela médica, enfermeira e assistente social Cicely Saunders, na Inglaterra, sendo um tema ainda pouco disseminado durante a graduação dos profissionais da saúde.

Esse enfoque no tratamento torna-se cada vez mais importante com o envelhecimento populacional e consecutivo aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, bem como a tendência à hospitalização da morte; sendo crucial o papel do médico de família no processo de auxiliar o doente e seus familiares nesse processo de terminalidade da vida para que ocorra de maneira menos traumática possível.

De acordo com o Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade da SBMFC, é essencial ao médico de família saber manejar os seguintes aspectos relativos ao paciente sob cuidados paliativos: úlceras de pressão/decúbito; dor e nutrição no paciente terminal; preparar e orientar a família e o paciente quanto às providências relacionadas à morte, demonstrando habilidades de comunicação, com ênfase em comunicação de más notícias; manejar situações terminais de doenças crônicas, reconhecendo suas urgências e quando encaminhá-las; abordar ao luto e fornecer atestado de óbito.

Esses critérios foram levados em conta na elaboração do capítulo de "Cuidados Paliativos", do livro "Manual do Residente de Medicina de família e Comunidade", produzido por residentes em MFC do ano de 2021 a 2023 do programa em residência médica da SESAUFIOCRUZ de Campo Grande – MS, que objetiva auxiliar o estudo do profissional da atenção primária, de forma rápida e eficiente, nos temas mais prevalentes, bem como fornecer subsídios para a prática adequada e segura de procedimentos inerentes à especialidade, de modo a aumentar a resolutividade do profissional.

QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Necessidade de um manual para auxiliar em pesquisas rápidas em consultório sobre os principais temas presentes no cotidiano do médico de família e Comunidade.

HIPÓTESE

Elaboração do Manual do Residente de Medicina da Família e Comunidade

OBJETIVO PRIMÁRIO

Elaborar o capítulo de Cuidados Paliativos do livro: Manual do Residente de Medicina de família e Comunidade, abordando a definição e princípios; a comunicação de más notícias; o manejo de doenças crônicas, da dor e da nutrição no paciente terminal; prevenção e tratamento de úlceras de pressão; indicações de encaminhar o paciente terminal para cuidados terciários e especialistas focais; como preencher o atestado de óbito; como lidar com o luto.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Produção do Manual do Residente de Medicina da Família e Comunidade.
- Auxiliar o estudo do profissional da atenção primária, de forma rápida e eficiente, nos temas mais prevalentes.
- Fornecer subsídios para a prática adequada e segura de procedimentos inerentes à especialidade, de modo a aumentar a resolutividade.

MÉTODOS

A elaboração do capítulo do livro: Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade será realizada com base em revisão bibliográfica, tendo por base a Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS, complementando com dados oriundos de livros como Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Manual de Cuidados Paliativos do Hospital Sírio Libanês, Tratado de medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática, bem como de repositórios de artigos científicos como SCIELO, e artigos de revisões provenientes de ferramentas digitais como UpToDate e Dynamed.

RESULTADOS

Capítulo 16 - Cuidados Paliativos

16.1 Definição e princípios

No contexto atual, com o crescente envelhecimento populacional e aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, tornou-se extremamente importante abordar os cuidados paliativos e a morte na atenção primária à saúde (APS)¹; sendo crucial o papel do médico de família no processo de auxiliar o doente (e seus familiares) em situação de terminalidade da vida a se preparar para esse momento e reverter a tendência de hospitalização da morte².

O cuidado paliativo visa a promoção da qualidade de vida do paciente e de seus familiares por uma equipe multidisciplinar, por meio da avaliação precoce, do alívio do sofrimento e do controle de sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais, enquanto o paciente lida com doenças que ameaçam a vida^{3,4}. Segundo a OMS (2020)⁵, as principais doenças que requerem cuidados paliativos no adulto são: neoplasias (28,2%), HIV/AIDS (22,2%), doenças cerebrovasculares (14,1%), demência (12,2%), causas externas (6,4%) e doenças pulmonares (5%). A resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, do Ministério da Saúde⁶, normatiza a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); devendo ser identificadas, nas redes de atenção à saúde, as preferências da pessoa doente quanto ao tipo de cuidado e tratamento médico que receberá.

Matsumoto⁷ elencou, em 2009, os “princípios norteadores dos cuidados paliativos”:

- 1) Iniciar o mais precocemente o acompanhamento em cuidados paliativos junto ao tratamento modificador da doença;
- 2) Reafirmar a vida e sua importância.
- 3) Compreender a morte como processo natural sem antecipar (eutanásia) nem a postergar (distanásia).
- 4) Promover avaliação, reavaliação e alívio da dor e de outros sintomas geradores de desconforto;

- 5) Perceber o indivíduo de forma plena, incluindo aspectos psicossociais e espirituais;
- 6) Melhorar a qualidade de vida, auxiliando o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até sua morte;
- 7) Oferecer suporte e amparo aos familiares e entes queridos durante o processo de adoecimento do paciente, e no luto após o óbito, visto que são parte importante do processo.

Estes princípios enfatizam que não há tempo ideal ou limite de medidas para a prestação de cuidados paliativos, que devem ser prestados na necessidade, e não somente no diagnóstico ou prognóstico⁸. Até aceitar sua condição, o doente pode se isolar e perder momentos preciosos com seus entes ou atrasar um tratamento que lhe traria melhor qualidade de vida, de forma que o início precoce do acompanhamento permite a redução de sintomas desagradáveis e maior satisfação do paciente e do núcleo cuidador e menor utilização do sistema de saúde⁹.

Transtornos de saúde mental têm um grande impacto na vida das pessoas e na sociedade. Uma melhor assistência paliativa poderia reduzir potencialmente esse impacto em familiares enlutados⁸. A espiritualidade busca um sentido para a vida por meio da religião, da arte, música, projetos de vida, filosofia, contato com a natureza ou da ajuda àqueles que precisam¹⁰, sendo encontrado associação positiva entre pacientes com medidas elevadas de espiritualidade e melhor qualidade de vida¹¹, para tanto, é imprescindível a abordagem de equipe multidisciplinar, que pode ser facilitada por meio de ferramentas específicas, como a SNAP (Spiritual Needs Assesment for Patients) ou FICA (Fé, Importância, Comunidade, Abordagem) (Tabela 1).

Tabela 1 – Ferramenta FICA para abordagem da espiritualidade no paciente terminal

Fé	Você se considera uma pessoa espiritualizada ou religiosa? Tem alguma fé? Se não, o que dá sentido a sua vida?
Importância	A fé é importante na sua vida? Quanto?
Comunidade	Você faz parte de alguma igreja ou comunidade espiritual?
Abordagem	Como nós (equipe) podemos abordar e incluir essa questão no seu atendimento?

Fonte: Adaptado de SAPORETTI, L.A. Espiritualidade em Cuidados Paliativos. In: Oliveiral, R. A. (org.). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. P. 521-531.

Segundo Fromme¹², há ainda cinco princípios que orientam a condução do profissional de saúde aos pacientes terminais, são eles:

1) Veracidade: esclarecer as modalidades terapêuticas indicadas para cada situação e registrar todas em prontuário, sendo assegurado o direito a uma segunda opinião pelo paciente ou representante legal

2) Proporcionalidade terapêutica: implementação de todas as medidas terapêuticas que tenham relação adequada entre meios empregados e resultados previsíveis

3) Duplo efeito: se necessário uso de drogas que potencialmente possam produzir um efeito colateral negativo, proporcionalizar o alívio do sintoma de seu possível efeito colateral, preservando o princípio da veracidade.

4) Prevenção: prevenir o aparecimento de complicações e sintomas característicos da evolução da doença.

5) Não abandono: Mesmo em situação de recusa de tratamento, é possível prover cuidados, não sendo assim uma opção o abandono.

O papel da equipe multidisciplinar nesse contexto é o de trazer conforto para o doente, observando suas necessidades de forma integral, evitando-se medidas desnecessárias com único intuito de prolongar sua vida, às custas de maior sofrimento. Cabe aqui distinguir as práticas de ortotanásia das de eutanásia e distanásia.

Eutanásia é entendida atualmente como a realização de um procedimento para abreviar a vida, a fim de aliviar ou evitar sofrimento, prática esta ilegal no Brasil¹³, conforme disposto no Art. 41 do Capítulo V do código de ética médica¹⁰: “É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”.

A **distanásia**, ou obstinação terapêutica, corresponde ao prolongamento do processo da morte, sem qualidade de vida ou dignidade¹³, prática execrável, como abordado nos princípios fundamentais do Código de Ética Médica¹⁰: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários”. A maioria das pessoas ao redor do mundo preferiria falecer em casa, no entanto, metade falece em hospitais, isoladas de familiares, em um ambiente invasivo, dificultando ainda mais o processo de luto¹⁴.

Já a **ortotanásia**, ou “boa morte”, busca uma morte sem sofrimento, evitando procedimentos desproporcionais que prolonguem o tempo de vida às

custas de sofrimento e da dignidade humana¹³, o mesmo artigo do código de ética médica versa sobre o assunto, afirmando que “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”, prática esta respaldada pela resolução 1805 de 2006 do CFM¹⁵: “É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”. Ressalta-se que é vedado ao médico, conforme expresso no art. 36 do capítulo V do código de ética médica¹⁰, abandonar o paciente: “salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos”.

16.2 Prognóstico em cuidados paliativos

Conforme já exposto, todos os pacientes que lidam com doenças que ameaçam a vida deveriam receber cuidados paliativos muito antes da doença atingir sua terminalidade^{3,4}, com o foco em conforto e controle de sintomas cada vez mais prevalentes a medida que a doença progride (Fig 1); entretanto, na prática, não há profissionais ou serviços suficientes disponíveis para esta população, sendo, portanto, crucial o uso de critérios para melhor distribuição de recursos; podendo estes critérios serem específicos para cada tipo de morbidade ou mais amplos e inespecíficos.

Dentre os critérios inespecíficos, pode-se levar em conta o prognóstico de tempo de vida do doente. O MEDICARE norte americano utiliza a expectativa de até seis meses de vida como indicação de realização exclusiva de cuidados paliativos¹⁶; já Murray et al.¹⁷ orientam sua indicação no caso da resposta à pergunta: “Você se surpreenderia se o paciente morresse nos próximos 12 meses?” seja “não”.

A acurácia do prognóstico nem sempre é fiel, de modo que ferramentas que avaliam a capacidade funcional, como a escala de performance de Karnofsky (KPS – tabela 2) ou a Escala de Performance Paliativa (PPS – tabela 3), permitem uma

maior objetividade nesta avaliação. Paciente avaliados com menos de 70% na escala PPS ou na KPS, já se beneficiariam de cuidados paliativos, enquanto performance menor que 50% nesta escala é um preditor de terminalidade^{18,19}. Paciente com indicação de transplante de órgãos sólidos ou com perda ponderal maior que 10% em 6 meses (ou 7,5% em 3 meses) em pacientes idosos, também indica a necessidade de acompanhamento paliativo¹⁸.

Tabela 2 - Escala de Performance de Karnofsky (KPS)

100%	Sem evidência de doença
90%	Sintomas leves da doença. Capaz de exercer suas atividades normalmente.
80%	Apresenta alguns sintomas da doença. Exerce suas atividades com algum esforço
70%	Capaz de cuidar de si, porém incapaz de exercer atividade laboral
60%	Requer assistência ocasional. Capaz de realizar a maioria de suas necessidades pessoais
50%	Requer de cuidados médicos frequentes e assistência considerável
40%	Incapacitado, requer cuidados médicos especiais
30%	Extremamente incapacitado, indicado internação hospitalar
20%	Muito doente, necessita de suporte hospitalar
10%	Moribundo, morte iminente
0%	morto

Tabela 3 – Escala de Performance Paliativa (PPS)*

%	Deambulação	Atividade, evidência da Doença	Auto-Cuidado	Ingesta	Nível de Consciência
100	Completa	Normal, sem evidência	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal, alguma evidência	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade com esforço, alguma evidência da doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para hobbies ou trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Frequentemente Sentado ou acamado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Frequentemente Acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
30	Totalmente Acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
20	Totalmente Acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
10	Totalmente Acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma +/- confusão
0	Morte				

* Apresenta valor prognóstico quando associado a outros sintomas, como edema, delírio e caquexia (Fonte:

https://www.isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf)

A ferramenta “PPI” (*Palliative Prognostic Index*), fornece uma estimativa de sobrevivência em pacientes em terminalidade, com base no valor encontrado no PPS, levando-se em consideração a presença de edema, de ortopneia, de delírio e a ingestão oral:



https://ltctoolkit.rnao.ca/sites/default/files/resources/EndofLifeCare/AssessmentTools/Pg101_PPI_EndofLifeBPG2011.pdf.

Alguns critérios clínicos foram padronizados para cada condição de modo a indicar a necessidade de cuidados paliativos, sendo sumarizados a seguir^{18,19}:

Doenças cardíacas: Fração de ejeção menor que 20%; insuficiência cardíaca congestiva em classe funcional NYHA 4; internação frequente devido sintomas. O grupo MAGGIC (*The Meta-Analysis global Group in Chronic Heart Failure*), com base em um estudo com 39372 pacientes²⁰, desenvolveu um aplicativo em 2013 para o cálculo de sobrevida em um e três anos de pacientes com ICC: <https://www.mdcalc.com/maggic-risk-calculator-heart-failure#evidence>.



Câncer: Qualquer paciente com câncer metastático ou inoperável. Pacientes com ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group performance status) maior que 2 têm uma sobrevida média de 2 meses: <https://www.mdcalc.com/calc/3170/eastern-cooperative-oncology-group-ecog-performance-status>.



Doenças pulmonares: Dispneia durante o repouso; sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca direita; saturação de O₂ menor que 88%; PCO₂ maior que 50; Perda de peso não intencional. O índice BODE (*The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea and Exercise Capacity Index*) estima a sobrevida de um paciente com DPOC nos próximos 4 anos: <https://www.mdcalc.com/calc/3916/bode-index-copd-survival>.



Demência: pacientes que pontuem 7 na escala FAST (*Functional Assessment Staging*), com incapacidade para andar ou sentar sem assistência, incontinência, utilização de menos de seis palavras inteligíveis no dia; associado a quadros de pneumonia aspirativa, pielonefrite, sepse, albumina menor que 2,5 ou

síndrome consumptiva no último ano; apresentam um prognóstico de cerca de 6 meses de vida: https://www.aoascc.org/Customer-Content/www/CMS/files/events/EAC/FAST_Scale_HAND_OUT.pdf.



Doenças hepáticas: ascite refratária; albumina menor que 2,5g/dL; peritonite bacteriana espontânea; icterícia; síndrome hepato-renal; desnutrição ou perda de massa muscular; TAP alargado (INR > 1,5). Para pacientes com cirrose, pode-se utilizar o índice de *Child Pugh*, que fornece uma estimativa de sobrevida em um e dois anos: <https://www.mdcalc.com/calc/340/child-pugh-score-cirrhosis-mortality>.



Doenças renais: creatinina sérica maior que 6,0; depuração de creatinina menor que 15mL/min; pacientes com insuficiência renal grau V, que não iniciarão diálise. A interrupção da diálise promove uma sobrevida média de 7 dias²¹.

Síndrome da fragilidade: confinamento ao leito ou ao domicílio; úlceras de pressão; síndrome consumptiva; albumina inferior a 2,5 ou internações frequentes.

HIV/SIDA: pacientes com contagem de CD4+ < 25 células/mcL ou carga viral persistentemente > 100.000/mL, associadas a uma doença definidora de SIDA (linfoma não Hodgkin, Sarcoma de Kaposi, infecções oportunistas graves, disfunção neurológica, síndrome consumptiva); devendo também ser recomendado se presente um dos critérios abaixo¹⁸:

- Diarreia persistente por um ano;
- Albumina sérica menor que 2,5;
- Uso persistente de drogas ilícitas;
- Idade maior que 50 anos;
- Ausência de terapia retroviral;
- Demência avançada por AIDS;
- Toxoplasmose e ICC sintomática ao repouso.

Idosos: o “Burden of Illness Score for Elderly Persons (BISEP – tabela 4), estima a mortalidade em um ano de idosos após uma alta hospitalar:

Tabela 4 – Ferramenta BISEP para estimar mortalidade em idosos, uma no após alta hospitalar

Diagnostico de alto risco	Pontuação	Categorização
Linfoma/Leucemia	6	Somar os pontos ao lado e categorizar por grupos
Injúria Renal Aguda	5	

Câncer	3	de diagnóstico de alto risco: 0 pontos: A 1-2 pontos: B 3-5 pontos: C > 5 pontos: D
AVE	2	
ICC	2	
DPOC	2	
Doença Renal Crônica	2	
DM com lesão de órgão alvo	2	
Pneumonia na admissão	2	
Classificação final segundo diagnósticos de alto risco:		
Grupo A	0	
Grupo B	1	
Grupo C	2	
Grupo D	3	
Albumina \leq 3,5g/dL	1	
Creatinina $>$ 1,5 mg/dL	1	
Síndrome demencial	1	
Alteração de marcha	1	
Taxa de mortalidade em 1 ano (somatório de todos os pontos da classificação final)		
Grupo I (0-1 ponto)	8%	
Grupo II (2 pontos)	24%	
Grupo III (3 pontos)	51%	
Grupo IV ($>$ 3 pontos)	74%	

Fonte: Adaptado de INOUE, S.K. et al. Burden of illness score for elderly persons: risk adjustment incorporating the cumulative impact of diseases, physiologic abnormalities, and functional impairments. *Medcare*, v. 41, n. 1, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12544545/>. Acesso em: 10 de outubro de 2022.

Batiste *et al*⁶⁰ elaborou, em 2012, uma ferramenta que integrava os critérios específicos e inespecíficos para determinar a necessidade de acompanhamento em cuidados paliativos; apelidada de NecPal (*NECesidades PALiativas*), sendo posteriormente adaptado por Santana, em 2018, para a língua portuguesa⁶¹:



<https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/52986/INSTRUMENTO%20NECPAL-BR.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

A compreensão do prognóstico é fundamental para entender a limitação imposta pela doença, a capacidade de recuperação do paciente e delinear o plano terapêutico, optando por cuidados paliativos proporcionais (mantendo tratamentos modificadores de doença) ou exclusivos. Também permite que o paciente passe pelo processo de aceitação; que possa tomar decisões informadas quanto a terapêutica de sua doença, elaborando suas diretivas antecipadas de vontades; e para que a família possa planejar sua reorganização, após o processo de morte e luto.

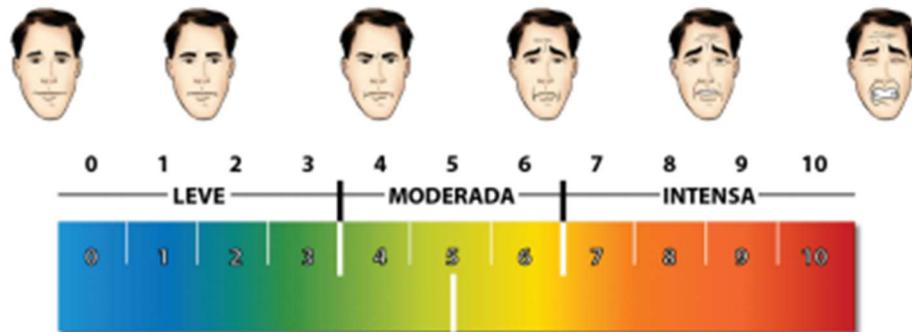
16.3 Manejo da dor no paciente terminal

No Brasil, mais de 70% das pessoas que procuram os serviços de saúde referem-se à dor como sintoma principal²². A convivência com a dor provoca grande sofrimento, o que leva a pessoa a desenvolver distúrbios do humor e de ansiedade relacionados com a disfunção de neurotransmissores, com interferência também no sistema imune, o que pode predispor ao aparecimento de outras enfermidades²².

Pode ser classificada em crônica (mais de 3 meses) ou aguda (até 3 meses), ou ainda quanto a suas características, em dor nociceptiva somática ou visceral (oriunda de lesão tecidual, excluindo-se sistema nervoso), neuropática (acometendo o sistema neuro sensitivo central ou periférico), psicogênica (quando há causa emocional) ou mista (quando envolve mais de um componente)^{22,23}.

A avaliação deve ser realizada através da anamnese e exame físico, com o objetivo de identificar o tipo de dor e compreender como isso afeta o indivíduo não somente na esfera física, mas também nas dimensões emocional, social e espiritual^{23,24}. Para a compreensão do quadro é necessário esclarecer a intensidade, a localização, abrangência, características físicas, ritmo, fatores de piora e de alívio, resposta aos tratamentos vigente e anteriores, impacto no desempenho de atividades cotidianas e efeito negativo no sono e movimentação e, no exame físico, avaliar presença de alterações na sensibilidade e na motricidade, que auxiliam na elucidação do tipo de dor²⁵.

É necessário sistematizar a avaliação da intensidade da dor, para futuras comparações durante o tratamento, para tal, várias escalas podem ser utilizadas: escala de fácies, numérica, visual ou mista (Figura 1); sendo importante o profissional exemplificar a graduação de dor na escala (por exemplo: 0 correspondendo a ausência de dor, e 10 a maior dor que já sentiu na vida, dor incapacitante). A Escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia – Figura 2) pode ser usada para pacientes com demência avançada, poucos colaborativos; enquanto a Escala Comportamental de Dor é reservada para avaliar pacientes inconscientes, em ambientes de cuidados intensivos.

Figura 1 - Escala mista de dor²⁵.Figura 2 - Escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)²⁵.

Itens*	0	1	2
Respiração Independente de Vocalização	Normal	Eventual dificuldade na respiração. Período curto de hiperventilação	Respiração ruidosa com dificuldade. Período longo de hiperventilação. Respirações <i>Cheyne-Stokes</i> .
Vocalização Negativa	Nenhuma	Queixas ou gemidos eventuais. Fala em baixo volume com qualidade negativa ou desaprovativa.	Chama repetidamente de forma perturbada. Queixas ou gemidos altos. Gritos e choro.
Expressão Facial	Sorri ou Inexpressivo	Triste. Assustado. Sobrancelhas franzidas	Caretas.
Linguagem Corporal	Relaxado	Tenso. Agitado e aflito. Inquieto.	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência a aproximação ou afastamento. Agressivo.
Consolo	Sem necessidade de consolo	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	Impossível de ser consolado, distraído ou tranquilizado.

O tratamento não farmacológico consiste em medidas locais como crioterapia ou compressas mornas, dependendo do local afetado. Também incluem procedimentos como analgesia regional como bloqueio do neuro-eixo periférico, para-vertebrais, intercostais ou interpleurais, além de crioterapia, radiofrequência, fisioterapia, estimulação elétrica cerebral, estimulação magnética cerebral, neurocirurgias e acupuntura. Esta última produz bons resultados quando empregada adequadamente em casos de dor aguda, como cefaleias de tensão, enxaquecas, lombalgias, cervicalgias, bursites, tendinites e diversos distúrbios funcionais músculos ligamentares, comuns na síndrome dolorosa²².

A OMS preconiza que a via de administração deve ser a menos invasiva possível, portanto, quando houver condições, prefere-se a via oral, seguida da

transdérmica, hipodermóclise, endovenosa e subcutânea, evitando-se a via intramuscular²⁶. A prescrição deve dar-se respeitando o tempo de meia vida de cada medicação, deixando uma analgesia de resgate nos intervalos. Todo tratamento deve ser individualizado, avaliando as respostas à terapêutica, atentando-se a situações de melhora e piora e à prevenção e tratamento de efeitos colaterais²³.

Analgésicos simples são recomendados independente da classificação da dor. A FDA (Food and Drug Administration) contraindica posologias contendo combinações de paracetamol acima de 325mg; já a ANVISA não recomenda a prescrição de combinações de paracetamol acima de 325mg quando em conjunto com outras medicações que também contenham paracetamol²⁵.

Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), são indicados para pacientes com dor visceral, óssea, muscular ou articular. Devendo-se atentar para os efeitos colaterais de lesão renal e gastrointestinal, além de poderem ocasionar leucopenia, anemia aplástica, agranulocitose e agravarem HAS e ICC²⁷. A associação de mais de um AINE não é recomendada²⁷.

Corticoides têm ação anti-inflamatória e auxiliam na analgesia, principalmente de dor óssea, na síndrome de compressão medular e no acometimento de sistema nervoso central (como na cefaleia por hipertensão intracraniana)²⁷. A droga de preferência é a dexametasona, por ter ação central e baixo efeito mineralocorticoide, além de ter efeito orexígeno²⁸.

Opioides são utilizados em dores de moderada a intensa, principalmente de causas oncológicas²⁵. Diferente dos anti-inflamatórios, não existe dose-teto para os efeitos analgésicos dos opioides, devendo-se usar a dose mínima que alivia a dor sem causar efeitos colaterais, como sedação, hipotensão, confusão mental, náuseas, vômitos, retenção urinária, constipação e depressão cardio-respiratória; esta última mais associada a pacientes idosos, crianças, ou portadores de asma ou apneia do sono. Esses medicamentos podem predispor à dependência física, e à síndrome da abstinência, ocorrendo sua tolerância primeiramente a efeitos secundários e posteriormente para os efeitos analgésicos³⁰.

Ao iniciar o tratamento, deve-se dar preferência a medicações de liberação imediata e, posteriormente, passar para medicações de longa duração. Alguns pacientes apresentam maior alívio da dor com um opioide específico, para

realização de opioides em doses equi-analgésicas, pode-se utilizar a tabela 5, devendo-se primeiramente ser somado a dose diária do analgésico (base + resgate), reduzindo de 25 a 50%, por conta de tolerância cruzada, antes de convertê-lo²⁵. Considera-se a dosagem correta quando a necessidade de resgate for de apenas uma vez ao dia. Caso não haja controle adequado da dor com opioides, pode ser considerada a hospitalização para proporcionar um controle mais rápido²⁵.

Tabela 5 - Conversão de opioides²⁵

Medicamento	EV	VO	TD
Morfina	10 mg	30 mg	-
Codeína	-	200 mg	-
Fentanil	0,1 mg	ND	12-25 mcg/h
Oxycodona	-	20 mg	-
Tramadol	100 mg	120 mg	-
Buprenorfina	-	-	5mg (5 mcg/h)

Analgesicos adjuvantes - fármacos cuja analgesia é uma ação secundária do composto - como óxido nítrico, corticosteroides, cetamina, clonidina, neurolépticos, ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, dentre outros, podem ser indicados, em conjunto com outros fármacos, tanto para dor nociceptivas quanto neuropáticas²⁵. A tabela 6 fornece exemplo de alguns medicamentos comumente usados em pacientes oncológicos para este fim

Tabela 6 - Medicações para manejo de dor neuropática crônica²⁵

Pregabalina	300 a 600 mg/dia, divididas em 2-3 doses
Gabapentina	900 a 3600 mg/dia, divididas em 3 doses
Carbamazepina	200 a 1200 mg/dia, até 400mg/dose
Duloxetina	60 a 120 mg/dia, uma vez ao dia
Venlafaxina	75 a 225 mg/dia, uma vez ao dia
Amitriptilina	25 a 100 mg/dia, uma vez, antes de deitar-se
Notriptilina	25 a 100 mg/dia, uma vez, antes de deitar-se

A tabela 7, a seguir, fornece uma lista das medicações analgésicas, segundo sua classe terapêutica, disponibilizadas pelo RENAME²⁹.

Tabela 7: Exemplos de analgésicos disponibilizados no SUS ^{29,30}

Classe	Composto	Posologia (adulto)	Dose máxima (adulto)
Analgésicos simples	Paracetamol: comprimido 500mg ou frasco de 200mg/mL	500-1000mg a cada 4-6h,	4g ao dia
	Dipirona: comprimido de 500mg, ampola ou frasco de 500mg/ml	500-2000g a cada 6h	Dose máxima: 5g ao dia
Anti-inflamatório não esteroidal (AINE)	Ibuprofeno: comprimido de 200, 300 e 600mg e frasco de 50mg/mL	200 a 800mg a cada 6-8horas	3200mg/dia. Não usar mais de 10 dias
	Naproxeno: comprimido de 250- 500mg	250mg 2x ao dia ou 500mg 1x ao dia	500mg/dia. Não usar mais de 10 dias
Corticoide	Dexametasona: ampola de 4mg/mL, comprimido de 4mg	2mg VO ou EV 2x ao dia	16mg/dia para analgesia
Opioide fraco	Fosfato de Codeína: solução de 3mg/mL, comprimido de 30 ou 60mg ou ampola de 30mg/mL	15-60mg a cada 6-8h	Até 400mg/dia para pacientes não tolerantes
Opioide Forte	Morfina: ampola de 10mg/mL ou comprimidos/capsulas de 10, 30, 60 ou 100mg	2-10mg EV ou 5- 30mg VO a cada 4h	Considera-se 120mg para pacientes não tolerantes

16.4 Manejo da nutrição em paciente terminal

Hiporexia, anorexia e caquexia são achados frequentes em inúmeras doenças em estágio final. A prevalência da caquexia, chega a atingir 80% em câncer avançado, 40% em paciente com insuficiência cardíaca, e 20% dos portadores de Insuficiência renal crônica³¹; sendo o contexto de surgimento desses sintomas e possíveis benefícios das diferentes terapêuticas cruciais para o adequado manuseio. Nos estágios iniciais do cuidado paliativo, objetiva-se manter o estado nutricional, de

forma a prevenir infecções, reparar tecidos e prevenir úlceras por debilidade e perda de massa. Com a terminalidade, a ênfase passa a ser a qualidade de vida e o alívio do sofrimento, sendo a alimentação fútil se esta não provê esses parâmetros; devendo-se sempre verificar as necessidades e desejos do paciente e familiares, procurando minimizar o estresse e maximizar o conforto³².

Com a diminuição do substrato energético de carboidrato para gordura, em um jejum prolongado, há maior liberação de glucagon à insulina, estimulando a gliconeogênese, com liberação de ácidos graxos livres e aminoácidos, havendo elevação ao longo dos dias do nível sérico de cetonas que, por sua vez, promovem diminuição do apetite, sensação de bem estar e diminuição do metabolismo de aminoácidos e da gliconeogênese hepática, diminuindo a sobrecarga de ureia nos rins e assim do volume urinário, levando também a diminuição da taxa metabólica e da produção de secreções respiratórias, tosse, náusea, vômito e diarreia³².

Durante a avaliação, valores como peso pré-mórbido e de consultas anteriores, as preferências alimentares e elaboração de diários alimentares, auxiliam na determinação de déficit calórico. Escalas numéricas podem ser utilizadas em cada consulta para auxiliar na avaliação da perda do apetite. Deve-se investigar sintomas como saciedade precoce, náusea, alterações do paladar, além de avaliar a cavidade oral no exame físico, procurando alterações que possam dificultar a alimentação³³. Exames laboratoriais como hemoglobina, albumina sérica e PCR podem auxiliar na determinação do plano terapêutico, podendo ser complementados conforme a necessidade, como dosagem de zinco se alteração de paladar, de testosterona ou TSH se suspeita de hipogonadismo ou tireoideopatias³³.

O tratamento deve ser orientado para causas controláveis da caquexia³³:

- Alterações do paladar relacionadas ao zinco: 25mg de oxido de zinco via oral, 3x ao dia, durante as refeições, por 3-4 semanas;
- Xerostomia: evitar cítricos, álcool e cafeína. Empregar saliva artificial (carboximetilcelulose ou carmelose);
- Saciedade precoce: procinéticos como domperidona, metoclopramida ou bromoprida, antes das principais refeições – contraindicados se suspeita de obstrução intestinal;

- Hiporexia: agentes estimulantes do apetite como progestágenos (Acetato de Mesogestrol 160-800mg/dia ou medroxiprogesterona 1-5mg/dia), ou testosterona em paciente com DPOC ou AIDS; devendo avaliar o risco tromboembólico para uso de progestágenos, além de monitorar níveis de testosterona e ficar atento a piora do controle pressórico e glicêmico. O ácido eicosapentaenoico (óleo de peixe) também apresentou melhora do apetite, náusea e mal-estar em pacientes com câncer³³. O uso prolongado de corticosteroides deve ser evitado por seus efeitos colaterais³³. Apesar de utilizada como orexígena, não há comprovação da eficácia da talidomida para este fim³⁴.

Procedimentos para nutrição artificial além de invasivos, apresentam benefícios incertos, desconforto e mesmo riscos para o paciente, sendo necessário avaliação criteriosa e consentimento informado do paciente ou representante para sua aplicação, além de reavaliação contínua sobre a necessidade de utilizá-la ou interrompê-la; para tanto, McMahon et al³⁵ propuseram dois fluxogramas para auxiliar no processo de tomada de decisões (Figura 3):

Figura 3 – Fluxograma para tomada de decisão quanto à nutrição artificial

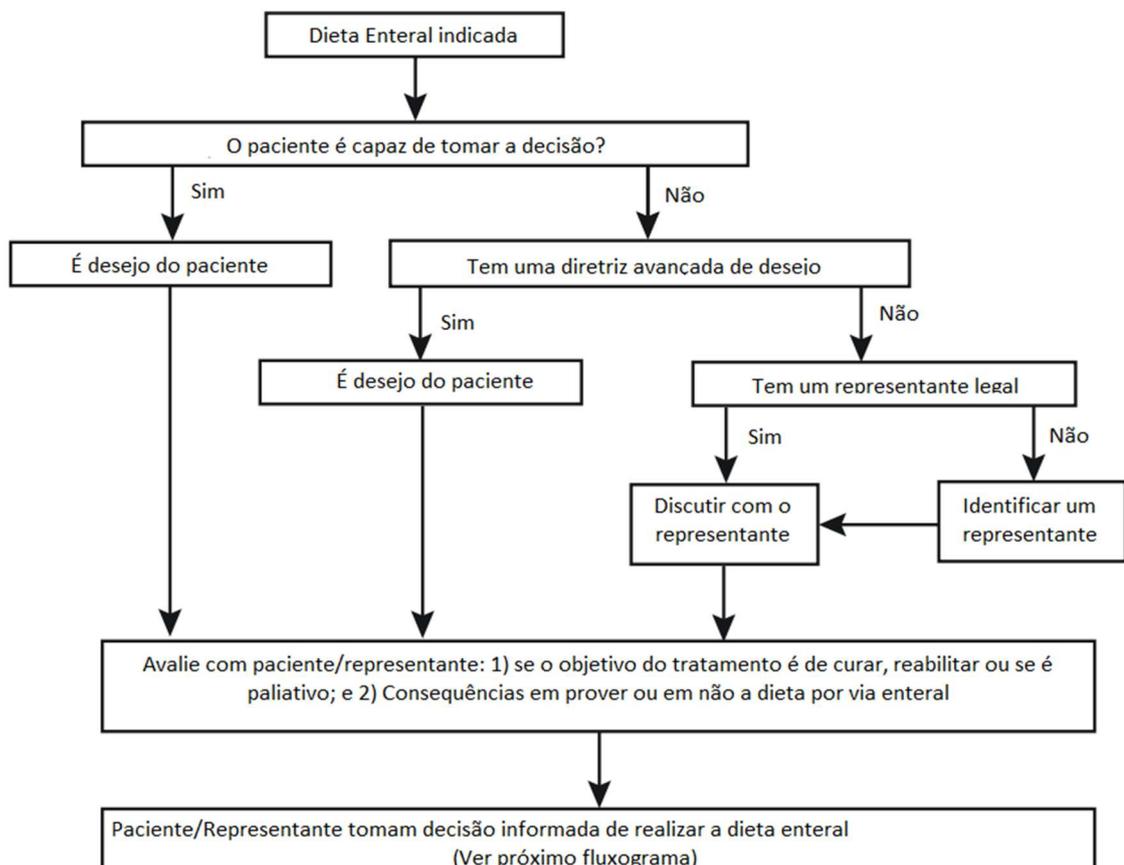
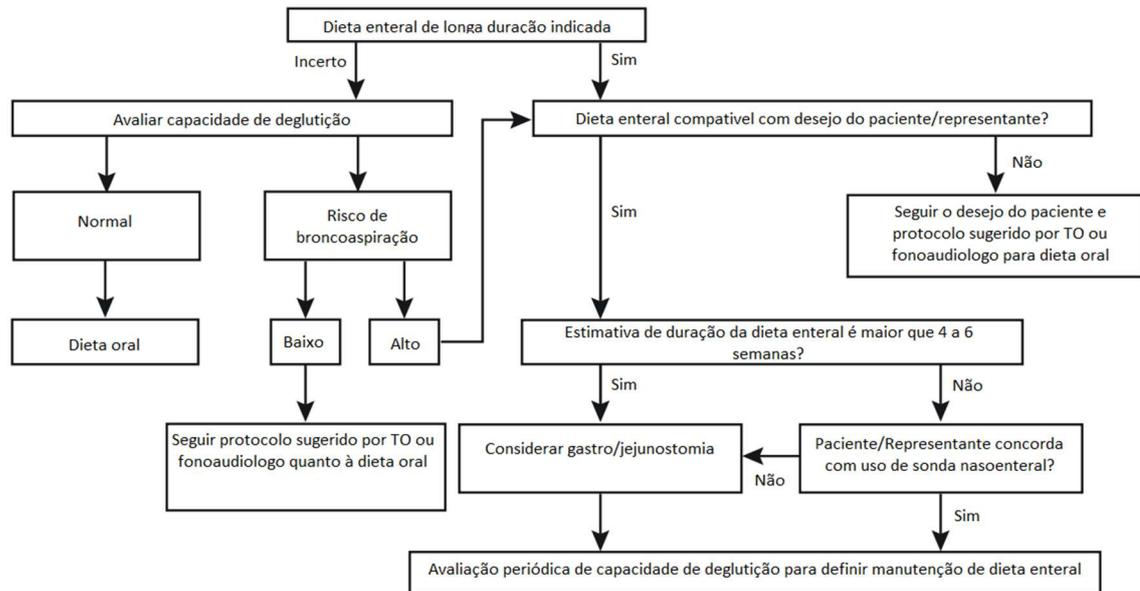


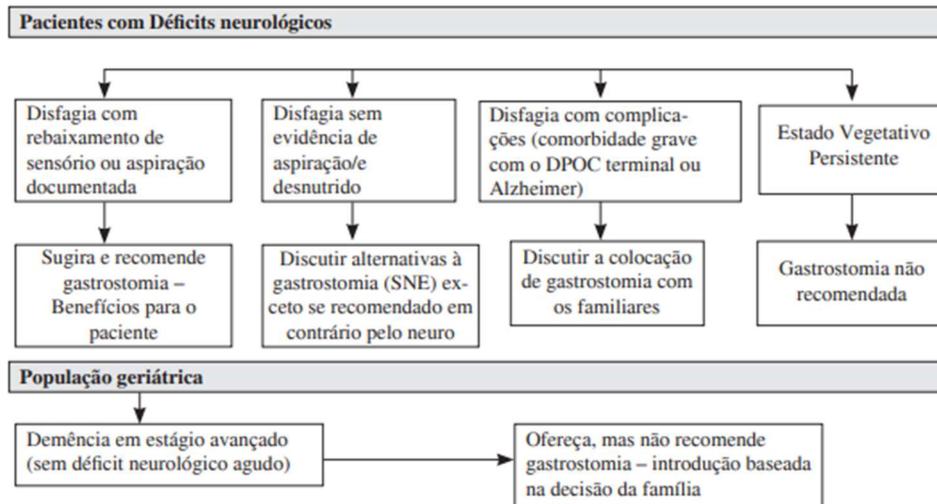
Figura 3 – Fluxograma para tomada de decisão quanto à nutrição artificial (continuação)



A nutrição artificial aumenta o tempo de sobrevivência de pacientes em estado vegetativo persistente, sendo o tempo de vida média para o indivíduo debilitado que se recusa a ingerir alimentos e líquidos, de duas semanas³². Via de regra, em pacientes com déficit neurológico progressivo ou na terminalidade de sua via, não há aumento da sobrevivência no emprego de nutrição via enteral, em virtude da maior necessidade de restrição ao leito, piora da agitação e desconforto e aumento de sintomas disabsortivos como diarreia, vômitos, distensão e dor abdominal, além de predispor a anasarca e edema pulmonar em pacientes com disfunção renal grave, sendo portanto melhor indicadas num contexto de recuperação de agravo agudo, como em um AVE ou TCE, ou em pacientes em CTI³². O procedimento traz, entretanto, mais conforto para os familiares, devido a maior facilidade em fornecer alimentação, com redução do tempo empregado para tal em cerca de 1/3³², sendo importante ressaltar que a suspensão ou não introdução do suporte nutricional artificial está associado a uma morte confortável nos casos anteriores.

A decisão de iniciar um suporte nutricional artificial nunca é fácil, sendo importante avaliar se haverá melhora da qualidade de vida ou apenas prolongamento do processo de morte (distanásia). O fluxograma abaixo (Figura 4) pode ser usado para casos de paciente com déficit neurológico ou na população geriátrica:

Figura 4 – Fluxograma para tomada de decisão quanto à gastrostomia em população com déficit neurológico e geriátrica.



Fonte: Adaptado de CARVALHO, R. T.; TAQUEMORI L. Y. Nutrição em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (org.). Manual de Cuidados Paliativo ANCP. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 483-499.

No caso de não se optar pela via enteral, deve-se ressaltar algumas medidas aos cuidadores: oferecer refeições em horários em que o paciente esteja menos cansado, com dor ou nauseado; utilizar canudos com válvula unidirecional e talheres adaptados; utilizar alimentos enriquecidos, em quantidades menores; preferir o cozimento ou uso de micro-ondas para evitar dispersão de odores fortes que possam causar náusea; dar tempo adequado para que se alimente, respeitando seu ritmo de ingestão; evitar distrações durante a refeição, mantendo contato visual e verbal com o paciente; ofertar alimentos com sabor marcante, ou preferidos pelo doente; manter seguimento com fonoaudiólogo e nutricionista^{32,33}.

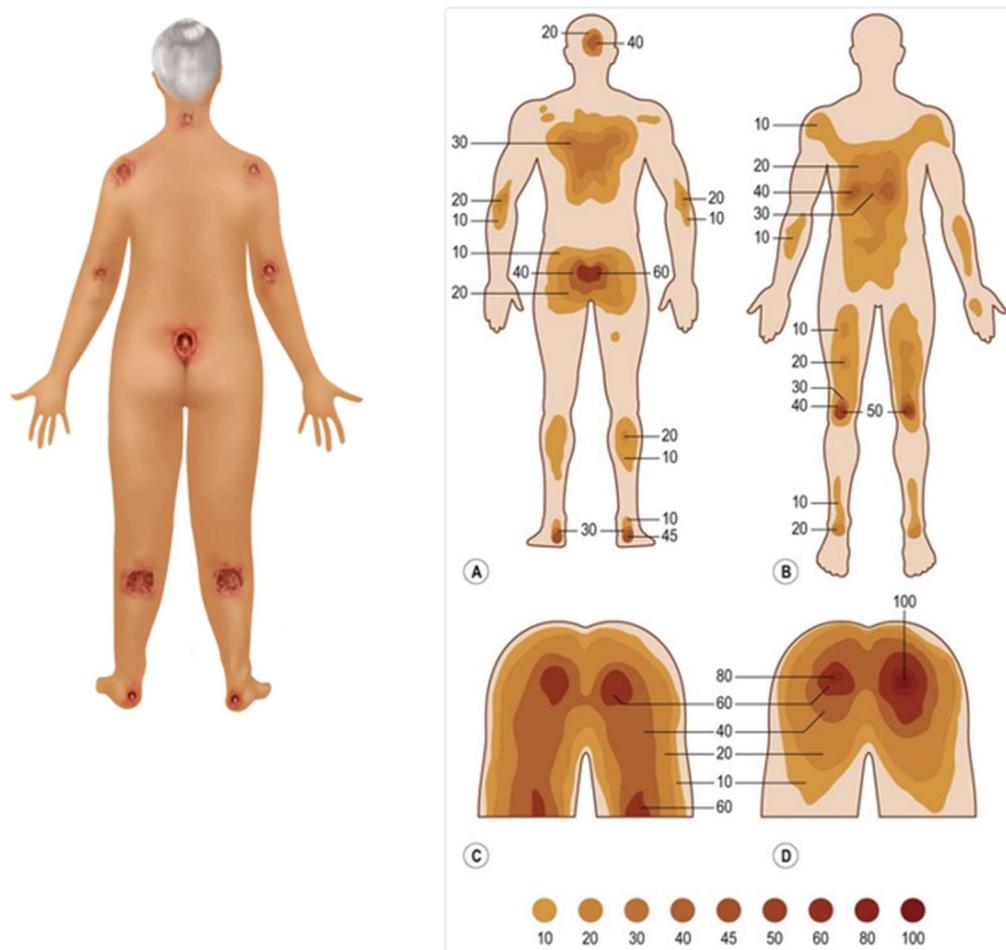
Finalmente, é importante ressaltar que a perda gradual do interesse pela comida é uma consequência do processo de morrer, e não uma causa; esse conhecimento traz maior aceitação das mudanças alimentares e faz com que o doente consiga viver essa fase sem culpa e evita uma sensação de coerção por parte dos familiares, que pode complicar o processo de luto.

16.5 Lesões por pressão

Também chamadas de escaras de pressão, úlceras de pressão ou úlceras de decúbito, são lesões de pele ou tecidos subcutâneos causadas por pressão ou

fricção, frequentemente sobre proeminências ósseas (figura 5), por tempo suficiente para causar isquemia. Tipicamente, ocorrem em pacientes idosos - devido piora do estado nutricional, perda de gordura subcutânea e afinamento da camada cutânea - ou de baixa mobilidade (hospitalizados, em imobilização pós-operatória, em coma, ou com sequelas neurológicas), mas também facilitadas por comorbidades como DM, DAOP, TVP, ICC, tabagismo, colagenases, ou mesmo incontinência, pelo excesso de umidade^{36,37,38}.

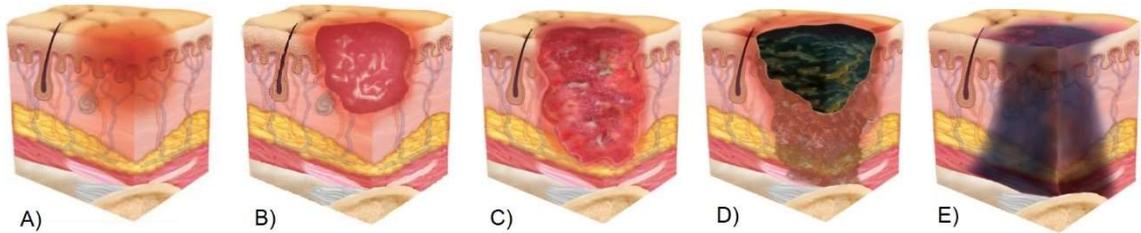
Figura 5 – Representação dos locais mais comuns do surgimento de lesões por pressão à esquerda e mapa dos pontos de pressão com suas respectivas pressões em mmHg em uma pessoa em posição supina (A), prona (B), sentada sem (C) e com apoio (D)



Fonte: Lindan 1965³⁶, DynaMed³⁹ 2022

A classificação internacional das úlceras de pressão segue o European Pressure Ulcer Advisory Panel de 2016 (fig 4)⁴⁰:

Fig 6. Classificação conforme o European Pressure Ulcer Advisory Panel de 2016: A) estágio 1; B) estágio 2; C) estágio 3; D) estágio 4; E) sem estágio definido⁴⁰



- Estágio 1: eritema em pele intacta.
- Estágio 2: úlcera ou bolha, com comprometimento parcial da derme, não incluindo lacerações, escoriações ou abrasões.
- Estágio 3: úlcera com comprometimento de toda a derme, expondo gordura subcutânea
- Estágio 4: úlcera com exposição de músculos, tendões ou ossos (visíveis ou palpáveis, possibilitando osteomielite)
- Sem estágio definido: quando há transudato ou tecido desvitalizado escurecido recobrendo o leito da ferida, devendo ser removidos para determinar a profundidade e o estágio da lesão.

Deve-se observar os seguintes aspectos durante o exame físico na avaliação de úlceras de pressão^{36,41}:

- Número, localização e tamanho
- Sinais flogísticos: eritema e vitropressão; edema; cor; calor
- Endurecimento ou maciez de tecido lesional
- Presença de transudato ou exsudato
- Necrose
- Odor
- Tunelamento
- Granulação ou epitelização
- Ossos expostos ou palpáveis
- Margens da lesão (presença de epíbole)

Ressalta-se que a presença de dor nova ou intensificada, progressão do eritema além das bordas da lesão, aumento de tamanho da lesão, endurecimento

perilesional, flutuação, crepitação ou descoloração do tecido perilesional e purulência podem indicar a disseminação da infecção³⁷.

A avaliação do estado nutricional pode ser feita por exames laboratoriais em combinação com o Exame Físico Focado em Nutrição⁴⁰.

- Exame físico: a presença de 2 ou mais dos seguintes itens são indicativos de desnutrição: 1) ingesta insuficiente de energia; 2) perda ponderal; 3) perda de massa muscular; 4) perda de gordura subcutânea; 5) acúmulo localizado ou generalizado de fluídos; e 6) redução do estado funcional - podendo ser avaliado pela força do aperto de mão (*handgrip*)⁴⁰.

- Exames laboratoriais: são marcadores sorológicos de desnutrição proteico-calórica: 1) Hemoglobina < 13 g/dL; 2) albumina sérica < 3,5 g/dL (podendo estar diminuída se inflamação ou doenças hepáticas avançadas, e ou aumentada se desidratação); 3) transferrina < 200 mg/dL; 4) linfócitos < 1500/mm³ ³⁶.

O diagnóstico e estadiamento da lesão é clínico, havendo benefício em coleta de cultura, por meio de biopsia de tecido, apenas se incerteza sobre úlcera infectada, ou se sinais de disseminação da infecção, sendo positiva caso > 10⁵ UFC/grama de tecido ou se presentes Streptococcus beta hemolíticos³⁶. Deve-se considerar osteomielite em todos os pacientes com úlcera grau 4, sendo exames de imagem auxiliares no diagnóstico (Rx, TC, RM, PET) e a biopsia e cultura de tecido ósseo recomendados para diagnóstico e guiar tratamento antibiótico³⁶.

Como diagnóstico diferencial mais comum temos úlceras vasculares ou neuropáticas, dermatites associadas a incontidência, intertrigo e lacerações cutâneas. Outros diagnósticos diferenciais estão listados na tabela 8 abaixo.

Tabela 8 - Diagnósticos diferenciais de lesões por pressão³⁶.

Causas autoimunes e doenças vasculares	Artrite reumatoide; LUPUS; esclerodermia; poliangeíte granulomatosa; crioglobulinemia; vasculite leucocitoclástica; estados de hipercoagulabilidade; pioderma gangrenosa; necrobiose lipoídica diabética
Isquemia ou necrose cutânea causadas por	Criofibrinofenia; evento tromboembólico; fenômeno de Raynaud; Calcifilaxia
Neoplasias	Carcinomas espinocelular ou basocelular
Causas iatrogênicas/farmacológicas	Uso prolongado de hidroxiureia;

trombocitopenia induzida por heparina ou necrose induzida por varfarina; exposição a radioterapia

Em relação ao seu manejo, primeiramente, é necessário otimizar o tratamento de comorbidades e do estado nutricional para possibilitar o melhor cuidado das lesões. A necessidade nutricional de cada paciente pode ser mais bem avaliada por um nutricionista. Caso a dieta vigente seja inadequada – meta de 30-35kcal/kg/dia e 1,25-1,5g/kg/dia de proteínas em pacientes adultos com risco de desnutrição; recomenda-se o uso de fortificantes alimentares e suplementos ricos em proteínas e calorias entre as refeições, podendo individualizar a necessidade de suporte parenteral ou enteral^{36,43}. Para paciente em cuidados paliativos, deve-se manter uma hidratação e nutrição adequada à condição e a vontade do paciente, sendo suplementos proteicos recomendados se o objetivo é a cicatrização da úlcera de pressão, incluindo fontes de vitaminas e minerais^{36,43}.

Montar um cronograma com mudança de decúbito e sedestação e uso de superfícies de suporte específicas (como colchão de ar/água) permite maior circulação sanguínea em zonas de pressão (Fig3) e acelera o processo cicatricial^{36,43}.

A limpeza da ferida a cada troca de curativo pode ser feita com água potável ou salina. Se esfacelos, infecção ou alta colonização bacteriana, pode-se considerar limpeza com surfactantes ou antimicrobianos³⁶.

Deve-se realizar desbridamentos de manutenção até remoção de todo tecido desvitalizado ou se suspeita de biofilme, até substituição por tecido de granulação. Desbridamentos cirúrgicos são indicados se houver urgência no procedimento, como em casos de suspeita de disseminação da infecção: eritema, flutuação, purulência, crepitação, mal odor ou edema. Desbridamento não cirúrgico (autolítico, enzimático, larval ou por ultrassom) é também indicado após desbridamento cirúrgico, ou em pacientes com coagulopatias ou anticoagulados^{36,38}.

Considerar antibióticos sistêmicos apenas se sinais de infecção sistêmica como: hemocultura positiva; celulite; fascíte; osteomielite; SIRS (Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica); sepse³⁰. Não há evidência no benefício de

antibióticos tópicos na cicatrização de úlceras estágio 3 ou maior, sendo seu uso limitado, como uso de metronidazol tópico para controle de odor em infecção fúngica ou por anaeróbios^{36,41}.

A presença de biofilmes pode ser confirmada por mais de 10^5 UFC/g em cultura de biopsia; sendo inferida em qualquer uma das seguintes situações: lesão com mais de 4 semanas de duração; ausência de melhora em 2 semanas; sinais flogísticos; ausência de resposta a antibióticos³⁶. Nesses casos, está indicado o uso de soluções antissépticas como clorexidina, sulfadiazina de prata, iodina, ácido acético ou hipoclorito de sódio (evitar H_2O_2 pela toxicidade tecidual e risco de embolia gasosa); devendo-se levar em consideração que esses produtos por si só podem atrasar processo de cicatrização, quando usados sem indicação, devido toxicidade à fibroblastos e queratinócitos, destruindo tecido de granulação³⁶.

Os diferentes tipos de curativos e suas indicações foram sumarizados na Tabela 9. Lesões grau I costumam receber alguma cobertura para proteção. Em lesões de grau 2 geralmente é realizado algum desbridamento e cobertura para manter a umidade. Lesões grau 3 e 4 requerem desbridamento do tecido necrótico e possível tratamento de infecção³⁶. Cabe salientar, entretanto, que em uma meta-análise da Cochrane⁴⁴, onde foi avaliado um total de 51 estudos randomizados com caso controle, 2964 paciente e 39 tipos diferentes de coberturas, não se pôde concluir que houve benefício nesta intervenção, sendo a maioria dos resultados encontrados de baixo ou muito baixo grau de evidência, e o não uso de cobertura a melhora intervenção em mais de 50% dos casos.

Tabela 9: Manejo de feridas conforme tecido no leito da lesão.

Tipo de tecido	Preparação do leito da ferida	Papel da cobertura	Cobertura primaria	Frequência de troca	Cobertura secundaria
Necrótico com pouco exsudato	Debridamento instrumental ou químico	Hidratar o leito da ferida	Gel hidroativo	Até 48h (24h, se infecção)	Gaze ou apósito
			Promover o debridamento	Gaze umedecida com SF 0,9%	1x ao dia
	Limpeza da ferida com SF 0,9% morno em jato	Controlar a umidade	Papaína 6-10%	1x ao dia	Gaze e/ou apósito
			Colagenase	1x ao dia	
			Ácido graxo essencial com gaze umedecida com SF 0,9%	1x ao dia	
Necrótico com	Debridamento instrumental	Absorver excesso de	Alginato de cálcio e/ou sódio	Até 48h (24h se	Gaze e/ou apósito

moderado a muito exsudato	ou químico	exsudato	infecção)				
				Hidrofibra antimicrobiana	Até 14 dias		
			Limpeza da ferida com SF 0,9% morno em jato	Promover o debridamento	Espuma de silicone ou polimérica	Até 7 dias	
					Gaze umedecida com SF 0,9%	1x ao dia	
					Papaína 6-10%	1x ao dia	
					Colagenase	1x ao dia	
					Ácido graxo essencial com gaze umedecida com SF 0,9%	1x ao dia	
Granulação	Realizar limpeza da ferida com SF 0,9% morno em jato	Controlar a umidade	Gel hidroativo	Até 48h (24h se infecção)	Gaze e/ou apósito		
Gaze umedecida com SF 0,9%			1x ao dia				
Ácido graxo essencial com gaze umedecida com SF 0,9%			1x ao dia				
Papaína 2%			1x ao dia				
Tela de silicone			Até 14 dias				
Gaze parafinada			Até 72h				
Gaze com petrolato			Quando diminuir adesão				
			Espuma absorvente	Até 7 dias			
Epitelização	Limpeza da ferida com SF 0,9% morno em jato	Equilibrar umidade	Gaze parafinada	Até 72h	Gaze e/ou apósito		
			Gaze com petrolato	Quando reduzir a adesão			
			Gaze umedecida com SF 0,9%	1x ao dia			
			Ácido graxo essencial com gaze umedecida com SF 0,9%	1x ao dia			
			Outras gazes não aderentes de pronto uso	Conforme orientação do fabricante			
Infectado	Limpeza da ferida com SF 0,9% morno em jato	Promover ação antimicrobiana	Hidrofibra antimicrobiana	Até 14 dias	Gaze e/ou apósito		
			Papaína 6%	1x ao dia			
		Controlar a umidade	Ácido graxo essencial com gaze umedecida com SF 0,9%	1x ao dia			
			Controlar o odor	Alginate de cálcio e/ou sódio		1x ao dia	

Fonte: TRAMONTINI, Silvia J.; PERUZZO, Anaeli Brandelli; MACHADO, Diani de Oliveira. Cuidados com feridas. In: GUSSO, Gustavo *et al.* **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, v. 1, p. 5093-5128.

O controle da dor pode ser feito com analgésicos orais simples ou tópicos (como benzidamina 3%), podendo ser necessário uso de opioides para dores moderadas a graves, principalmente antes do manejo do paciente (troca de curativos, reposicionamento, desbridamento)^{36,41}. Pacientes em cuidados paliativos devem ter o manejo da dor priorizado^{36,41}.

Não é recomendado utilizar a reversão para estágios mais iniciais de lesão como método de acompanhamento do processo de cura, sendo recomendado o uso dos seguintes parâmetros: 1) evolução das lesões por meio de escalas, como a ferramenta PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing – Tabela 10); 2) condição do curativo (quantidade e características da secreção); 3) condição da área perilesional; 4) controle da dor; 5) presença de complicações, como infecção^{36,45}.

Tabela 10: Escala de cicatrização de úlcera de pressão (Escala PUSH) – Comparar as pontuações totais ao longo do acompanhamento para observar melhora ou deterioração da lesão.

Tamanho - Comprimento por Largura	Meça o maior comprimento pela maior largura e multiplique os valores para obtenção do resultado a ser pontuado	0: 0 cm ²	Pontuação
		1: < 0,3 cm ²	
		2: 0,3 - 0,6 cm ²	
		3: 0,7 - 1 cm ²	
		4: 1,1 - 2 cm ²	
		5: 2,1 - 3 cm ²	
		6: 3,1 - 4 cm ²	
		7: 4,1 - 8 cm ²	
		8: 8,1 - 12 cm ²	
		9: 12,1 - 24 cm ²	
	10: > 24 cm ²		
Exsudato	Estime a quantidade de exsudato drenado após remoção da cobertura	0: ausente	Pontuação
		1: pequena	
		2: moderada	
		3: grande	
Tipo de Tecido	Avaliar a vitalidade do tecido	0: cicatrizada/fechada	Pontuação
		1: tecido de epitelização	
		2: tecido de granulação	
		3: tecido desvitalizado/esfacelo	
		4: tecido necrótico	
Somatório das Pontuações			

É importante ressaltar que o cuidado com lesões de pele é multidisciplinar, sendo o enfermeiro capacitado para gerir este cuidado quanto a avaliação, indicação de coberturas e curativos, conforme as Resoluções do Conselho de Enfermagem e o disposto na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (nº 7498/86)⁴⁶.

O profissional na APS deve referenciar para serviço de pronto atendimento em caso de úlceras que não apresentem resposta ao tratamento na APS. Podendo referenciar ao cirurgião plástico em casos que biopsia ou desbridamento cirúrgico não possam ser realizadas em APS. Casos associados a insuficiência venosa C4-6 ou suspeita de úlcera arterial, podem ser encaminhadas para Angiologista ou cirurgião vascular, respectivamente ^{38,47}.

16.6 O preparo do paciente e familiares para a morte – comunicação de más notícias

A comunicação de más notícias compreende a comunicação de diagnóstico e prognóstico, de falha, mudança ou limitação terapêutica, comunicação de óbito, dentre outros⁴⁸.

Para evitar aumentar o sofrimento do paciente, profissionais e familiares tendem a evitar falar sobre a terminalidade da vida. O paciente por sua vez também evita o assunto numa tentativa de proteger seus entes queridos, criando uma espécie de isolamento emocional⁴⁹.

Uma dúvida frequente na mente dos profissionais de saúde e dos familiares é se deve ou não contar ao paciente. Em um estudo brasileiro, mais de 90% dos entrevistados desejavam ser informados sobre a gravidade de sua doença ⁴⁹. Assim, é importante saber como e quando informar, necessitando, portanto, aprimorar as habilidades de comunicação, verbais e não verbais, para que se possa transmitir de forma sincera, prudente e progressiva as informações, de acordo com as condições emocionais do paciente e familiares, interpretando os sinais do interlocutor para perceber até onde ir naquele momento.

Como dito anteriormente, é importante perceber o indivíduo de forma plena, avaliando também suas necessidades psicossociais e espirituais. É praticamente impossível cuidar do indivíduo de forma completa sem considerar seu contexto,

dinâmica e relacionamento familiar. A comunicação interpessoal trata-se de um processo complexo que envolve a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens por cada parte, considerando-se o contexto, a cultura, os valores individuais, as experiências, interesses e expectativas próprios de cada um⁵⁰.

Os familiares necessitam ser mantidos informados, de forma honesta, clara e frequente sobre o que acontece e sobre o que esperar do processo de morrer de seus entes, uma vez que a superficialidade da comunicação, na maioria das vezes, coloca em risco a relação de confiança com familiares e profissionais de saúde, já que o indivíduo, cedo ou tarde, acaba descobrindo ^{2,50}.

Uma meta-análise⁵¹ de estudos que utilizaram a ferramenta “Critical Care Family Needs Inventory” - composta por 46 tópicos sobre as necessidades dos familiares para com o doente, que devem ser classificados quanto ao grau de importância - apontou que os 10 pontos mais importantes listados foram: 1) estar junto à pessoa; 2) ser capaz de ajudar seu ente querido; 3) ser informado sobre mudanças em suas condições; 4) compreender o que está sendo feito para o paciente e o porquê; 5) ser reafirmado quanto ao conforto do paciente; 6) ser confortado; 7) ser capaz de expressar suas emoções; 8) ser assegurado que suas decisões foram corretas; 9) encontrar significado na morte de seu ente; 10) ser capaz de cuidar-se adequadamente. Algumas estratégias são elencadas na tabela 11 a seguir.

Tabela 11: Estratégias para a comunicação adequada de más notícias ^{48,50}

Premissas Básicas	Planejamento	Objetivos
Identificar-se: nome e profissão	Escolher um espaço calmo em que não haja interrupções.	Conhecer os problemas, anseios, temores e expectativas do paciente
Ter clareza quanto ao objetivo da comunicação e na exposição da informação	Avaliar a condição psíquica do interlocutor	Facilitar o alívio de sintomas e melhorar autoestima
Reunir as informações necessárias para elucidar eventuais dúvidas	Iniciar perguntando o que o interlocutor sabe/compreende sobre o que está acontecendo	Oferecer informações verdadeiras. De modo progressivo de acordo com as necessidades do paciente
Comunicar-se progressiva e empaticamente: tom de voz suave; utilizar sorrisos;	Passar as informações médicas (diagnóstico, tratamento e prognóstico) de	Identificar o que pode aumentar seu bem-estar; conhecer seus valores

silenciar-se enquanto ouve, fornecendo meneios positivos; se confortável, utilizar-se de toques afetivos em mãos, braços ou ombros	maneira simples	culturais, espirituais e oferecer medidas de apoio
Escutar atenta e ativamente e saber silenciar-se	Ser realista, manter esperança sem minimizar o problema	Tornar a relação profissional-paciente mais direta e interativa
Não mentir	Após dar uma notícia impactante, fornecer uma pausa para que seja processada	Detectar necessidades da família e melhorar as relações com os entes queridos
Atentar-se para expressões não verbais e evitar embates	Validar os sentimentos do paciente	Diminuir incertezas
Demonstrar estar presente por meio de linguagem não verbal: evitar olhar relógio, celular; manter contato visual; postura aberta	Realizar uma síntese da conversa ao final e programe os próximos passos.	Auxiliar o paciente no enfrentamento e vivência do processo de morrer, fazendo com que o paciente se sinta cuidados e acompanhado até o final

Essa tabela pode ser resumida no protocolo SPIKES, acrônimo para: *Setting up the interview* (planejar a conversa); *Perception* (avaliar a percepção do paciente sobre sua condição); *Invitation* (convidar ao diálogo); *Knowledge* (transmitir as informações); *Emotions* (abordar as emoções de forma empática); *Strategy* e *Summary* (resumir e organizar as estratégias)⁵².

Na década de 1950, o trabalho da psiquiatra suíça Elizabeth Kübler-Ross identificou comportamentos, ansiedades e defesas diante da morte, nomeando cinco estágios que podem ser observados pelos profissionais: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação².

A negação pode ser inimiga do diagnóstico precoce e favorecer a não adesão aos tratamentos propostos. Comumente é uma defesa temporária, sendo logo substituída pela raiva; os comportamentos agressivos e desafiadores também tornam difícil o manejo pelos familiares e profissionais de saúde. No estágio de barganha (ou negociação), o doente tenta um acordo (geralmente em segredo, com Deus) em relação ao desfecho inevitável. Na depressão, a pessoa elabora os lutos:

pela decadência do corpo, pelos entes queridos, pelo que não viveu. Após externar seus sentimentos de raiva e luto, pode encarar a morte com serenidade. É o estágio da aceitação².

Nem todos os indivíduos passam por essas fases, principalmente nessa sequência, às vezes, havendo mescla entre as fases ou retorno às anteriores².

Após o falecimento do paciente, a família procura se reorganizar em um novo formato, revendo todos os aspectos, inclusive o financeiro. É necessária uma readequação de papéis de algumas pessoas da família, em especial o(a) cuidador(a), o que acontece durante o luto. Conflitos familiares podem deixar o processo de luto mais longo e doloroso. Cabe ao profissional entender isto para fornecer conforto e atenção efetiva aos familiares. Nesse sentido, cabe avaliar a dinâmica familiar, sendo o genograma um instrumento importante para tal². Procura-se orientar sobre as providências a serem tomadas, principalmente aquelas nas quais os prazos se expiram: a pensão, o inventário, a documentação do financiamento da casa própria e o seguro de vida, de forma a normalizar o mais breve a rotina e o cotidiano da família⁵³. Essas orientações fazem parte do escopo de trabalho do Assistente Social, sendo importante a participação deste profissional.

É também importante identificar sintomas de luto complicado, que impeçam o retorno às atividades cotidianas, presente em 10% dos casos e que demandam acompanhamento mais de perto, como sentimentos intensos (mesmo após muito tempo da perda), somatizações, comportamentos de isolamento, episódios depressivos².

Convém ressaltar que detalhes, como testamento e partilha de bens, desejos a serem cumpridos, entes a serem avisados, ritual de sepultamento ou cremação, são mais bem resolvidos antes do momento final², por meio de diretivas antecipadas de vontade e testamento vital, cuja elaboração pode ser facilitada por meio de aplicativos gratuitos (App minhas vontades: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.minhasvontades>). A resolução nº 1.995/2012 do CFM⁵⁴, dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, que devem ser levadas em conta em situações em que o doente não tenha designado um representante legal e não se encontre em condições de expressar suas vontades de maneira livre e independente, cabendo ao



arquivada em prontuário, em laudo de necropsia ou encaminhada a secretaria de saúde, de acordo com local de morte. O primeiro objetivo da DO é o de ser o formulário para a coleta de dados sobre mortalidade, que servem de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil, conforme determina o art. 10 da Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009⁵⁶. O segundo, de caráter jurídico, é o de ser o documento hábil, conforme preceitua a Lei dos Registros Públicos (Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973)⁵⁷, para lavratura, pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Óbito, que é indispensável para as formalidades legais do sepultamento e para o início dos processos sucessórios (de bens, direitos e obrigações).

São unidades notificadoras aptas a receber formulários de DO⁵⁵:

- Estabelecimentos e serviços de saúde, inclusive o de atendimento ou internação domiciliar.
- Instituto Médico-Legal (IML).
- Serviço de Verificação de Óbito (SVO).
- Médico cadastrado pela SMS.
- Cartório de Registro Civil, somente em localidades onde não exista médico

Não é permitida a distribuição da Declaração de Óbito para as empresas funerárias⁵⁵.

Os médicos têm a responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO. Dessa forma, ocorrido um óbito, o médico tem a obrigação legal de constatá-lo e atestá-lo, utilizando o formulário-padrão. A responsabilidade legal de todos os dados contidos na DO é do médico (Resolução CFM n.º 1.779/2005, art. 1º)⁵⁸.

É vedado ao médico cobrar pela emissão da DO. Caso seja solicitado, cabe apenas a cobrança *da consulta* para verificação de óbito em pacientes que não estejam sob sua responsabilidade, excetuadas as condições em que seja substituto (em plantões ou visita domiciliar sob a responsabilidade de uma unidade de saúde), ou que estejam no âmbito do SVO ou do IML⁵⁵. É vedado também ao médico atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso:

- Se o fizer como plantonista, substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal (Resolução CFM n.º 2.217/2018, Capítulo X, art. 83)⁵⁹.

- Nos casos de óbito sem assistência médica, situação pela qual qualquer médico da localidade pode emitir a DO (Resolução CFM n.º 1.779/2005, art. 2º, alínea I, item b)⁵⁸.

Para as causas não naturais de morte, a emissão da Declaração de Óbito é de competência dos médicos dos serviços médico-legais (Resolução CFM n.º 1.779/2005, art. 2º)⁵⁸.

São condições para emissão da Declaração de Óbito⁵⁵:

- Qualquer óbito, seja por causa natural, acidental ou violenta.
- Óbito fetal, de acordo com os seguintes critérios: gestação com duração igual ou superior a 20 semanas OU feto com peso corporal igual ou superior a 500 g OU estatura igual ou superior a 25 cm. Na prática, caso a família queira sepultar o concepto, a legislação vigente permite a emissão da DO⁵⁶.

- Para todos os nascidos vivos que venham a falecer após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo⁵⁵. Caso esse em que a Declaração de Nascido Vivo também será emitida; não é necessário exigir a Certidão de Nascimento para emitir a DO dos que venham a falecer logo após o nascimento.

Quanto à atribuição do preenchimento da DO, cabem as seguintes situações⁵⁶:

1. No óbito por causa natural ocorrido em estabelecimento de saúde, a DO será emitida pelo médico que prestava assistência ao paciente e, em caso de ausência ou impedimento, pelo médico substituto (art. 20 da Portaria n.º 116/2009).

2. No óbito por causa natural ocorrido fora do estabelecimento de saúde e com assistência médica, a DO será emitida pelo médico responsável pela assistência, ou designado pela instituição que prestava assistência, ou pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou Unidade de Saúde da Família mais próxima do local onde ocorreu o óbito, ou médico do SVO (art. 21 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

3. No óbito por causa natural, sem assistência médica, em localidade com Serviço de Verificação de Óbito, a DO será emitida pelo médico do SVO (art. 22 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

4. No óbito por causa natural ocorrido fora de estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em localidade sem Serviço de Verificação de Óbito, a DO será emitida pelo médico do serviço público de saúde mais próximo ao local onde ocorreu o óbito, ou médico designado pela SMS, ou qualquer médico da localidade (art. 21, parágrafo único, da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

5. No óbito por causa natural ocorrido em localidade sem médico, a DO será emitida pelo oficial do Cartório de Registro Civil (art. 23 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

6. No óbito por causa natural ocorrido em aldeia indígena com assistência médica, a DO será emitida pelo médico atestante da aldeia indígena (art. 24 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

7. No óbito por causa acidental ou violenta ocorrido em localidade com Instituto Médico-Legal, a DO será emitida pelo médico do IML (art. 25 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

8. No óbito por causa acidental ou violenta ocorrido em localidade sem Instituto Médico-Legal, a DO será emitida pelo médico da localidade ou por outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (*ad hoc*) (art. 26 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

Instruções para o preenchimento⁵⁵:

A DO deverá ser preenchida com caneta azul ou preta, com letra de forma e, em caso de rasuras, estas devem ser corrigidas de forma legível a margem do documento e assinado próximo à ressalva pelo médico atestante. Não sendo possível realizar ressalva, o formulário deve ser anulado e encaminhado à SMS. Evitar campos em branco, preenchendo-os com “ignorado” ou um traço (-).

Ressaltam-se as seguintes observações⁵⁵:

- Quando não for possível definir data exata de óbito, informar data estimada. Anotar hora do óbito no padrão de 24h
- Em caso de óbito fetal, preencher o campo “nome do falecido” como “natimorto”; a idade deve ser preenchida com “-”; no município de residência,

considerar o da mãe. É importante ressaltar também que no campo 30 “número de filhos tidos”, considerar todas as gestações prévias (inclusive perdas fetais), à exclusão da atual.

- No campo “Nome do falecido”, em caso de nome desconhecido, “Pessoa não identificada”. Informações que ajudem no reconhecimento da vítima podem ser anotadas em ficha anexa (apêndice C)

- No campo idade, o campo meses deve ser preenchido apenas para menores de 1 ano de vida; o campo dias para menores de 30 dias de vida e assim sucessivamente.

- O campo raça/cor deve sempre ser preenchido, com base em dados fornecidos pelo responsável por prestar informações sobre o falecido; o mesmo valendo para a situação conjugal, que será àquela constante na certidão de óbito, não devendo cartório recusar ou devolver DO se informação discrepante à apurada no registro civil.

- Códigos como o CNES do estabelecimento de falecimento, do bairro/distrito de residência ou de falecimento, não precisam ser preenchidos

- No caso do falecido ser aposentado, preencher com a ocupação habitual anterior.

- Médico assistente corresponde ao profissional que atendeu efetivamente o paciente durante a doença que ocasionou o óbito (ou a mãe, em caso de óbito fetal); Médico substituto refere-se ao plantonista, que acompanhou o falecido por ocasião da morte.

- No preenchimento das “Condições e Causas do Óbito”, o médico deverá descrever as causas da morte em sequência lógica de eventos, de cima para baixo, seguindo uma ordem causal, onde a primeira linha corresponde a causa direta de óbito, anotando, de preferência, apenas um diagnóstico por linha, como no exemplo abaixo:

“Homem de 59 anos, tabagista, portador de dislipidemia, hipertensão arterial e obesidade, apresentou intensa dor precordial há 24 horas, com piora progressiva. Deu entrada no serviço de saúde e evoluiu a óbito poucas horas após, sem resposta a manobras de reanimação. ECG evidenciou fibrilação ventricular⁵⁵.

Figura 8 – Modelo de preenchimento de condições e causas de óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37) A morte ocorreu		38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?		39) Necrópsia?	
1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento		Ignorado <input type="checkbox"/> 9		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			
Condições e causas do óbito	40) CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	PARTE I		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		
	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		CID		
	CAUSAS ANTECEDENTES				
	Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.				
PARTE II					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					
		a <i>Fibrilação ventricular</i>			
		b <i>Infarto agudo do miocárdio</i>			
		c <i>Aterosclerose coronariana</i>			
		d <i>Dislipidemia, hipertensão arterial</i>			
		<i>Obesidade</i>			

Fonte – Ministério da Saúde 2022⁵⁵

É importante salientar ainda que os espaços destinados aos CID das doenças não devem ser preenchidos pelo médico, cabendo aos codificadores de causas de morte fazê-lo⁵⁵.

CONCLUSÃO

No Brasil, os cuidados paliativos foram regularizados apenas recentemente, a partir da resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, sendo um tema ainda pouco divulgado na formação dos profissionais de saúde, porém de suma importância após a graduação, principalmente para profissionais atuantes na APS, acompanhando seus pacientes durante todos os estágios de suas vidas, lidando com o manejo de doenças crônicas, a terminalidade da vida e o impacto destas na vida do paciente e de seus familiares.

Assim, o presente trabalho fornece uma base de dados adicional no arsenal do médico de família para a determinação de prognóstico e para o manejo das principais condições referentes a pacientes em término de vida, com indicação de cuidados paliativos, a ser realizados por profissionais de saúde, principalmente médicos de família e de comunidade.

REFERÊNCIAS

- 1) FLORIANI, Ciro A; SCHRAMM, Fermin R. **Desafios morais e operacionais da inclusão dos Cuidados Paliativos na rede de atenção básica**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 23(9): p. 2072-80, setembro, 2007.
- 2) QUEIROZ, Olivan; QUEIROZ, Ana Helena A. B. Morte e luto na atenção primária à saúde. *In*: GUSSO, Gustavo *et al.* **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, v. 1, p. 2756-2769.
- 3) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cancer Control: Knowledge into Action Palliative Care**. 2007. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1>. Acesso em: 7 mai. 2022.
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41**, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html>. Acesso em 5 mai. 2022.
- 5) CONNOR, Stephen R. *et al.* ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Atlas of Palliative Care**. 2. ed. 2020. Disponível em: <<https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>>. Acesso em: 3 mai. 2022.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamento Essenciais 2018**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-dos-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2018/17-0407m-redirect-2018.pdf/view>>. Acesso em 3 mai. 2022.
- 7) MATSUMOTO, Dalva Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In*: CARVALHO, Ricardo T.; PARSONS, Henrique A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 14-19.
- 8) D'Alessandro, Maria Perez S. *et al.* Cuidados Paliativos: Um Panorama. *In*: **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2020, p. 13-23.
- 9) KAVALIERATOS, Dio *et al.* **Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis**. Journal of the American Medical Association, v. 316, nº 20, p. 2104–2114, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840>>. Acesso em 23 mai. 2022.
- 10) CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica - Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em 3 mai. 2022.
- 11) D'Alessandro, Maria Perez S. *et al.* Espiritualidade: Como Abordar Esta Importante Demanda. *In*: **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2020, p. 23-32.
- 12) FROMME, ERIK K. **Ethical issues in palliative care**. UpToDate, 2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/ethical-issues-in-palliative-care>>. Acesso em: 5 mai. 2022.

- 13) ZIRLEIDE, Carlos Felix *et al.* **Eutanásia, distanásia e ortotanásia**: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. nº 18 (9), setembro 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/6RQCX8yZXWWfC6gd7Gmg7fx/>>. Acesso em 25 ago 2022.
- 14) D'Alessandro, Maria Perez S. *et al.* Considerações Sobre a Proporcionalidade de Medidas Invasivas de Suporte de Vida e Seus Conflitos. In: **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2020, p. 66-75.
- 15) CONSEHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805**, de 28 de novembro de 2006. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>>. Acesso em 5 mai 2022.
- 16) U.S. CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES. Hospice Care. Disponível em: <<https://www.medicare.gov/coverage/hospice-care>>. Acesso em 17 nov 2022.
- 17) MURRAY, Scott A.; BOYD, Kirsty; SHEIKH, Azis. Palliative care in chronic illness: we need to move from prognostic paralysis to active total care. *British Medical Journal* 2005; Vol. 330, 2005, p. 611-612.
- 18) ARANTES, Ana Claudia de L. Q. Indicações de cuidados paliativos. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 56-74
- 19) D'Alessandro, Maria Perez S. *et al.* Avaliação de prognóstico: Considerações e instrumentos práticos. In: **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2020, p. 47-66.
- 20) POCOCK, Stuart J. *et al.* Predicting survival in heart failure: A risk score based on 39372 patients from 30 studies. *European Heart Journal*, v. 34, n. 19, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/291545053_Predicting_survival_in_heart_failure_a_risk_score_based_on_39_372_patients_from_30_studies>. Acesso em: 10 outubro de 2022
- 21) KONCICKI, Holly M.; DAVISON, Sara N. Withholding and withdrawal of dialysis. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/withholding-and-withdrawal-of-dialysis>>. Acesso em: 10 de outubro de 2022.
- 22) JÚNIOR JALES, Levi H. *et al.* Abordagem da dor aguda. In: GUSSO, Gustavo *et al.* **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, v. 1, p. 2642-2655.
- 23) D'Alessandro, Maria Perez S. *et al.* Dor: Avaliação e Analgésicos Não Opioides. In: **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2020, p. 106-115.
- 24) CARDOSO, Mirlane G. de Melo. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: CARVALHO, Ricardo T.; PARSONS, Henrique A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012, p. 113-122.
- 25) WIERMANN, Evanius Garcia *et al.* Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. **Revista brasileira de oncologia clínica**. V. 10, nº 38, 2014, p. 132-143.
- 26) ARANTES, Ana Claudia de L. Q; MACIEL, Maria Goretti S. Avaliação e tratamento da dor. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 370-391
- 27) AMÉRICO, Ariel de Freitas Quintão; MELO, Inês Tavares Vale. Analgésicos não opioides. In: CARVALHO, Ricardo T.; PARSONS, Henrique A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.143-150.

- 28) PORTENOY, Russel K; AHMED, Ebtesam; KEILSON, Yair Y. **Cancer pain management: role of adjuvant analgesics (coanalgesics)**. UpToDate, 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/cancer-pain-management-role-of-adjuvant-analgesics-coanalgesics>>. Acesso em: 06 ago 2022.
- 29) BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamento Essenciais 2022**. Brasília, 2022. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>>. Acesso em 03 ago 2022.
- 30) D'Alessandro, Maria Perez S. *et al.* Dor: Como Manejar Opioides e Seus Efeitos Colaterais. In: **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2020, p. 116-128.
- 31) HAEHLING, Stephan Von; ANKER, Markus S; ANKER, Stefan D. **Prevalence and clinical impact of cachexia in chronic illness in Europe, USA and Japan: facts and numbers update 2016**. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle. vol 7, issue 5, pag 507-509, nov 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jcsm.12167>>. Acesso em: 03 set 2022.
- 32) CARVALHO, Ricardo Tavares de; TAQUEMORI, Lais Y. Nutrição em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, Ricardo T.; PARSONS, Henrique A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012, p. 483-499.
- 33) PARSONS, Henrique A. Caquexia e Anorexia. In: CARVALHO, Ricardo T.; PARSONS, Henrique A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012, p. 213-223.
- 34) CANTWELL, Marie M. *et al.* **Thalidomide for Managing Cancer Cachexia**. Cochrane Database Syst Rev, 2012 Apr; 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6353113/>>. Acesso em: 04 set 2022.
- 35) MCMAHON, M. Molly *et al.* **Medical and ethical aspects of long-term enteral tube feeding**. 2005. Disponível em: <<https://sci-hub.se/10.4065/80.11.1461>>. Acesso em 04 set 2022.
- 36) HAMANN, Claus *et al.* **Pressure injury of the skin and soft tissue**. DynaMed. Disponível em: <<https://www.dynamed.com/condition/pressure-injury-of-the-skin-and-soft-tissue>>. Acesso em 05 set 2022.
- 37) European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida**. (edição em português brasileiro). Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. Disponível em: <<https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-brazilian-portuguese.pdf>>. Acesso em 05 set 2022.
- 38) TRAMONTINI, Silvia J.; PERUZZO, Anaeli Brandelli; MACHADO, Diani de Oliveira. Cuidados com feridas. In: GUSSO, Gustavo *et al.* **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, v. 1, p. 5093-5128.
- 39) LINDAN, O; GREENWAY, R. M.; PIAZZA, J. M. **Pressure distribution on the surface of the human body**. I. Evaluation in lying and sitting positions using a "bed of springs and nails". Arch Phys Med Rehabil. 1965 May. Arch Phys Med Rehabil, 1965 May; 46:378-85. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14282001/>>. Acesso em 20 set 2022.
- 40) EDSBERG, Laura E *et al.* **Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system: revised pressure injury staging system**. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5098472/>>. Acesso em 20 out 2022.

- 41) CAMARÃO, Renato Rodrigues. Cuidados com feridas e curativos. *In*: CARVALHO, Ricardo T.; PARSONS, Henrique A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012, p. 306-318.
- 42) WHITE, Jane V. *et al.* **Consensus statement**: academy of nutrition and dietetics and american Society for parenteral and enteral nutrition. *Journal of parenteral and enteral nutrition*. Vol. 36, issue 3, 2012. Disponível em: <<https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1177/0148607112440285>>. Acesso em 20 out 2022.
- 43) BERLOWITZ, Dan. **Clinical staging and general management of pressure-induced skin and soft tissue injury**. UptoDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-staging-and-general-management-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury?search=Clinical%20Staging%20and%20General%20management%20of%20pressure&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em 22 out 2022.
- 44) WESTBY, Maggie J. *et al.* Dressings and topical agentes for treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD011947, 2017. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011947.pub2/epdf/full>>. Acesso em 12 out 2022.
- 45) SANTOS, Vera Lúcia C. *et al.* Adaptação transcultural do pressure ulcer scale for healing (PUSH) para a língua portuguesa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 13, jun 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/MRdrVJrrSWNKscmtqGjFVhD/?lang=pt>>. Acesso em 12 out 2022.
- 46) BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em 12 out 2022.
- 47) CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de acesso para consultas, exames e procedimentos**. Anexo único Resolução SESAU nº 574, de 18 de dezembro de 2020. *Diário Oficial de Campo Grande-MS – DIOGRANDE*, 21 dez 2020, Suplemento, p. 1-466.
- 48) D'Alessandro, Maria Perez S. *et al* Comunicação de más notícias: como abordar este desafio. *In*: **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2020, p. 81-88.
- 49) GULINELLI, André *et al.* **Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário**. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Vol. 50, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/FLbrjzS5g5zT89M5PTB78FR/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 18 out 2022.
- 50) SILVA, Maria Júlia P; ARAÚJO, Mônica M. T. Comunicação em cuidados paliativos. *In*: CARVALHO, Ricardo T.; PARSONS, Henrique A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012, p. 75-85.
- 51) TROUG, R. D. *et al.* **Recommendations for end-of-life care in the Intensive Care Unit**: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*, v. 29, n. 12, p. 2332-2348, 2001. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11801837/>>. Acesso em 19 out 2022.
- 52) CRUZ, Carolina de Oliveira; RIERA, Rachel. **Comunicando más notícias**: o protocolo SPIKES. *Diagn. Tratamento*. 21 (3); 106-108. 2016. Disponível em:

- <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf>. Acesso em 13 out 2022.
- 53) OLIVEIRA, Ivone Bianchini de. Suporte ao paciente e à família na fase final da doença. *In*: CARVALHO, Ricardo T.; PARSONS, Henrique A. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012, p. 544-555.
- 54) CONSEHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.995**, de 31 agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>>. Acesso em: 16 out 2022.
- 55) BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de óbito**: manual de instruções para preenchimento. 2022, versão eletrônica. Disponível em: <<http://plataforma.saude.gov.br/cta-br-fic/manual-instrucoes-preenchimento-declaracao-obito.pdf>>. Acesso em 16 out 2022.
- 56) BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 116**, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância de Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html#:~:text=>. Acesso em 17 out 2022.
- 57) BRASIL. **Lei nº 6.015**, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6015compilada.htm>. Acesso em 17 out 2022.
- 58) CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.779**, de 05 de dezembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1779>>. Acesso em 18 out 2022.
- 59) CONSEHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica** - Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em 25 ago 2022.
- 60) BATISTE, X. G. *et al.* **Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa em servicios sanitários y sociales**: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO. Medicina Clínica. Vol. 140, 2013, p. 241-245.
- 61) SANTANA, M. T. W. A. *et al.* **Adaptação transcultural e validação semântica de instrumento para a identificação de necessidades paliativas em língua portuguesa**. Einstein, São Paulo, 2020; 18, p. 1-8.