

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA  
COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR



**Melhor em Casa**

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO  
CONFORTO DO SEU LAR

**Caderno de Atenção**

**Domiciliar**

**Volume 2**

BRASÍLIA – DF  
ABRIL - 2012

## CAPÍTULO 6

# CUIDADOS PALIATIVOS E A ATENÇÃO DOMICILIAR

### 1. Introdução

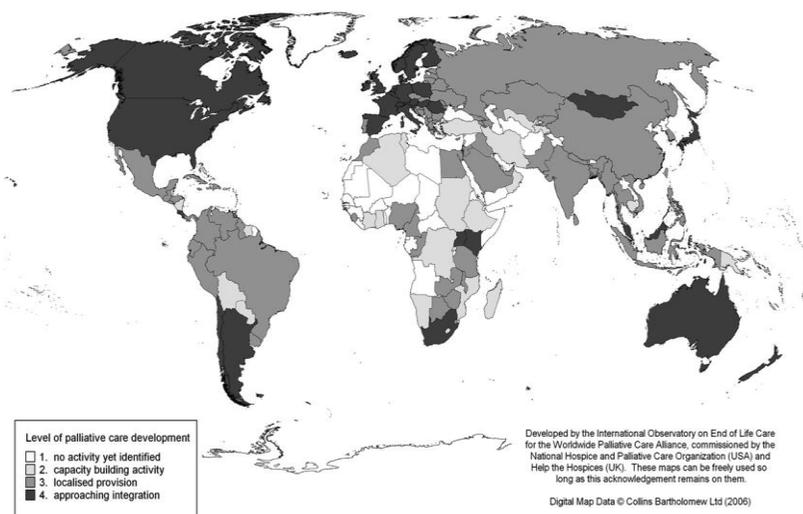
A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que os cuidados paliativos (CP) podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, definindo que os cuidados paliativos deveriam garantir uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias, na presença de problemas associados a doenças que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo inclusive à fase de luto.

Atualmente, cuidados paliativos são considerados a quarta diretriz estabelecida pela OMS (OPAS, 2007) para o tratamento do câncer, associada a prevenção, diagnóstico e tratamento.

O Ministério da Saúde, através da Portaria 2439/2005 GM/MS, estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e **cuidados paliativos**, a ser implantado em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Assim, os serviços de alta complexidade em oncologia deverão garantir também atenção integral aos pacientes fora de possibilidades de cura, seja através de estrutura ambulatorial, hospitalar ou domiciliar (YAMAGUCHI *et al*, 2010).

O Observatório Internacional sobre Cuidados de Final da Vida (IOELC) apresenta o mapa da situação dos cuidados paliativos no mundo com a categorização de *hospices* e cuidados paliativos desenvolvidos nos países, a fim de facilitar a comparação internacional. Demonstra claramente, através da figura abaixo, que os países em desenvolvimento não apresentam atividade ou estão em processo incipiente de estruturação de cuidados paliativos.

**Figura 5.** Mapa da estruturação de Cuidados Paliativos no Mundo.



Idealmente, os cuidados paliativos deveriam ser prestados a partir do diagnóstico da doença com risco de morte, sendo adaptados para as crescentes necessidades dos doentes e dos seus familiares, à medida que a doença progride. Os princípios dos cuidados paliativos incluem o respeito à vida, considerando a morte como processo natural, sem a intenção de apressá-la ou adiá-la, oferecendo um sistema de apoio para que os pacientes possam viver bem, sem sofrimento físico, emocional e espiritual, até a sua morte.

## 2. Princípios Fundamentais Dos Cuidados Paliativos

Os princípios dos Cuidados Paliativos foram reafirmados pela OMS em 2002, com alguns princípios gerais de norteamo de suas ações:

### Os Cuidados Paliativos:

Promovem o alívio da dor e de outros sintomas estressantes;

- Reafirmam a vida e vêem a morte como um processo natural;
- Não pretendem antecipar e nem postergar a morte;
- Integram aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
- Oferecem um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte;
- Auxiliam a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença;
- Devem ser iniciados o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida como a quimioterapia, radioterapia, cirurgia, tratamento antirretroviral, drogas modificadoras do percurso da doença, etc, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas;

Trata-se de filosofia de cuidado para as pessoas que enfrentam sofrimentos com o avançar de suas doenças crônicas e proximidade com a morte, comumente abandonadas no modelo assistencial preponderante em nosso país.

## 3. Cuidados Paliativos na Atenção Domiciliar

Por causa da demanda natural dos profissionais de saúde de se encaminhar pacientes no final da vida para a AD, ressalta-se a necessidade de abordagem dos CP na área de AD e também do reconhecimento da AD como braço assistencial importantíssimo para a implementação de CP de forma abrangente e equitativa, principalmente em nossa realidade e em outros países com limitações de recursos na saúde e poucas possibilidades de cuidados institucionais. Na figura a seguir, descreve-se os níveis hierárquicos de complexidade onde os CP são aplicados:



Os grandes pilares do trabalho das equipes de AD nos cuidados paliativos devem envolver:

- Atuar com competência cultural, para reconhecimento adequado de valores e funcionamento das famílias atendidas, aliada à humildade cultural, para a ênfase ao respeito dessas mesmas características observadas, em espaço e tempo tão íntimos que é o evento morte no domicílio;
- Comunicar-se de forma ser clara, possibilitando ao paciente e familiar a possibilidade de receber todas as informações necessárias e expressar todos os sentimentos;
- Atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase na dor;
- Preparar paciente e familiares para a morte dentro dos limites de cada um, e proporcionar o máximo alívio do sofrimento;
- Instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar;
- Proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo o suporte e segurança possível.

Morrer na própria casa é um desejo comum entre os pacientes que se encontram no final da vida, e isto se repete não só no Brasil, mas em vários outros países. No entanto, a grande maioria dos familiares e cuidadores, e também alguns pacientes, temem o evento no domicílio por diversos motivos: medo do paciente ficar desassistido com sintomas mal controlados e com sofrimento insuportável, medo da separação e que a proximidade com o paciente em falecimento reforça a dor da perda, medo de que as lembranças tristes fiquem impregnadas no domicílio, dificuldades com a obtenção da declaração de óbito e possíveis demoras com a remoção do corpo, entre outros. Esses temores minimizam à medida em que a família adquire confiança na equipe e passa a vislumbrar a morte no domicílio como algo possível de acontecer com significado de valor.

### **Benefícios dos cuidados paliativos em ambiente domiciliar:**

#### a) Para o paciente

Encontra-se dentro de um ambiente conhecido, mantendo sua intimidade, pode realizar algumas tarefas laborais, manter alguns hábitos e hobbies. A alimentação é mais variada e os horários não são rígidos. Fortalece a autonomia do usuário.

#### b) Para a família

Geralmente, os familiares têm maior satisfação por estar participando ativamente do cuidado. Sentem que respeitam a vontade do paciente de permanecer no domicílio. Importante para prevenção do luto patológico.

c) Para sistema de saúde

Redução das internações hospitalares longas e de alto custo. Diminuição de tratamentos desnecessários ou futilidade terapêutica.

#### **4. Estresse do profissional de saúde**

Observa-se a necessidade de se ter um olhar diferenciado para os profissionais das equipes de AD que realizam esse trabalho. Estes geralmente vivenciam altos níveis de estresse relacionados às atividades do dia a dia. Dentre eles podemos destacar:

- Enfrentamento de pacientes ou familiares difíceis e exigentes;
- Ser portadores de más notícias sobre o diagnóstico e prognóstico;
- Ineficácia do tratamento para a cura, sem um preparo adequado para tal;
- Revelações sobre a morte a seus pacientes com os quais já possuem vínculos;
- Envolvimento em conflitos emocionais com familiares e pacientes, absorvendo muitas vezes a raiva, o pesar e o desespero expressado pelos mesmos;
- Desafios relacionados às crenças e valores pessoais, trabalho em equipe, lidar com a morte e o paciente agonizante; convivência com a incerteza, a luta e o sofrimento das pessoas;
- Limitações do sistema de saúde, como acesso a outros pontos de atenção – farmacêutica, retaguarda de leitos e de especialidades;

Esse trabalho exige das equipes superações pessoais e profissionais contínuas, por envolver valores, crenças, conhecimento e emoções. Sugestões para aliviar essa carga de estresse são as reuniões com discussão de casos clínicos, educação permanente com a reavaliação e auto-aprendizado da própria equipe em relação a suas práticas de cuidado, e a retaguarda de profissional de saúde mental ou de maior experiência na prática de CP ou AD externo à equipe assistencial visitadora.

#### **5. Aspectos éticos em Cuidados Paliativos na Atenção Domiciliar**

Os profissionais devem reconhecer os limites da medicina e evitar o excesso de tratamento ou tratamento não adequado dentro de contexto tão específico, dentro dos conceitos da distanásia (morte com sofrimento que poderia ser evitado), seguindo quatro princípios definidos (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 1994):

- O respeito pela autonomia;
- A beneficência;
- Não maleficência;
- Justiça.

Estes são outorgados ao paciente terminal (Gómez, 1998):

- Ser tratado como pessoa humana até morrer;

- Ter esperança, não importa que mudanças possam acontecer;
- Ser cuidado por pessoas que mantêm o sentido da esperança, mesmo que ocorram mudanças;
- Expressar, à sua maneira, sentimentos e emoções diante da morte;
- Participar das decisões referentes aos cuidados e tratamentos;
- Receber cuidados médicos e de enfermagem mesmo que os objetivos de cura assumam o sentido de objetivos de conforto;
- Não morrer sozinho;
- Ser aliviado na dor e no desconforto;
- Ter suas questões (formuladas ou sugeridas) respondidas honestamente;
- Não ser enganado;
- Após aceitar a morte, receber ajuda dos familiares e que estes também sejam ajudados;
- Morrer em paz e dignidade;
- Conservar a individualidade e não ser julgado por decisões que possam ser contrárias às crenças dos demais;
- Discutir e aprofundar a religião ou experiências religiosas, seja qual for o seu significado para os demais;
- Esperar que o corpo humano seja respeitado;
- Ser cuidado por pessoas sensíveis, humanas e competentes que procurarão compreender e responder a suas necessidades, além de ajudar a enfrentar a morte e garantir privacidade do paciente;
- Considera-se de suma importância o respeito dos direitos descritos acima, pois, somente desta forma, conseguir-se-á manter uma convivência eficaz durante a assistência à fase terminal e à morte.

## **6. Apoio ao Paciente e/ou Cuidador**

Quando os pacientes percebem que as informações foram escassas ou excessivas, tem probabilidade de desenvolver transtornos depressivos severos ou transtornos de ansiedade generalizada, assim como quando recebem informações imprecisas ou desajustadas. São descritos múltiplos obstáculos na comunicação apropriada entre pacientes e profissionais e muitos deles estão relacionados a inabilidade de médicos e enfermeiros.

Como manejar perguntas difíceis, tais como:

- Realmente estou morrendo?
- Minha enfermidade é realmente câncer?

È conveniente garantir respostas honestas aos pacientes, não faltando com a verdade, mas antes é necessário averiguar o que está passando em sua mente, o que esta sentindo sobre a situação. Portanto para sintetizar a melhor estratégia será:

- Averiguar o que o paciente deseja saber
- Averiguar o que o paciente realmente sabe
- Averiguar porque deseja saber
- Compreender seus mecanismos adaptativos, conhecer sua personalidade e seus antecedentes

Além do manejo aos pacientes, os profissionais devem criar estratégias práticas de apoio, pelo envolvimento no processo de cuidado e respeito do contexto cotidiano vivido pelos cuidadores e familiares

Exercer os cuidados a um paciente que demanda atenção constante nas suas AVD (Atividades de Vida Diária) e que estão enfrentando processo de finitude envolve questões que não são explicitadas claramente e rotineiramente aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado desse mesmo paciente. Assim, é importante ter uma escuta qualificada a esse cuidador, objetivando informações que darão mais subsídio para o atendimento do paciente.

Acolher e respeitar os limites deste cuidador que às vezes encontra-se sem condições para essa tarefa do cuidado, pelo medo de lidar com a proximidade da morte, faz-se necessário, a fim de possibilitar um melhor enfrentamento da situação problema.

Dentre as ferramentas de trabalho que devem ser desenvolvidas pelos profissionais que atuam no domicílio, a discussão com familiares e cuidadores sobre situações esperadas do quadro clínico do paciente pode ajudar a diminuir angústias. Portanto, é preciso informá-los dos possíveis acontecimentos, como no caso de intercorrência clínica, planejamento do que fazer no momento da morte do paciente, ou até mesmo no pós morte, nas questões burocráticas e financeiras que envolvem subsídios para a família em um momento tão difícil que é o do adoecimento e morte. Entende-se que não há um caminho seguro, e a abordagem ocorre de acordo com a demanda do paciente e cuidadores e familiares em questão.

A abordagem espiritual em cuidados paliativos tem grande importância à medida que nessa fase da vida, de grande vulnerabilidade, quase sempre, nos agarramos em nossas crenças e valores como recurso interior para alívio de nossas angústias. Entender a morte como um processo natural da vida não é uma tarefa fácil. A crença espiritual nesse momento difícil é, talvez, a única ferramenta de alívio ao sofrimento do desligamento definitivo da vida como a conhecemos.

O conhecimento da história pregressa da relação entre cuidadores e paciente pode auxiliar no ajuste de laços afetivos. Em alguns casos, o cuidado desse ente querido vem “carregado” de sentimentos de culpa, mágoa, ressentimentos, abdicação, que precisa ser entendido nessa relação sem julgamento de valores.

Por mais dedicado que possa parecer um cuidador, ele tem vida própria e precisa ter seu tempo para auto-cuidado. A equipe de atenção domiciliar precisa oferecer condições para o alívio de sobrecarga dos cuidadores, estabelecendo cumplicidade e vínculos muitas

vezes ausentes em ambiente hospitalar além de apoiar na busca de uma rede de suporte social, no envolvimento de diferentes atores como: familiares, vizinhos, igreja, entre outros, pode ser decisivo para que as situações vividas sejam enfrentadas da melhor maneira possível, tanto pelo paciente quanto pelo cuidador.

## 7. Avaliação inicial dos pacientes com patologias fora de possibilidades de cura

Na avaliação inicial de pacientes portadores de patologias com prognóstico fora de possibilidades de cura, devem ser utilizados instrumentos que avaliem capacidade funcional e que podem agregar prognóstico.

Abaixo segue a relação de alguns instrumentos de avaliação inicial, validados para utilização em cuidados paliativos:

Escala de Zubrod (ECOG)	Escala de Karnofsky (%)
PS 0 - Atividade normal	100 - nenhuma queixa: ausência de evidência da doença
	90 - capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintoma da doença
PS 1 - Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal	80 - alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço
	70 - capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo
PS 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo	60 - necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades
	50 - requer assistência considerável e cuidados médicos freqüentes
PS 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	40 - incapaz; requer cuidados especiais e assistência
	30 - muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente
PS 4 - Preso ao leito	20 - muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo
	10 - moribundo, processos letais progredindo rapidamente

### ✓ Escala de Avaliação Funcional de Karnofsky (KPS)

- Permite conhecer a capacidade do paciente para poder realizar atividades cotidianas;
- Elemento preditor independente de mortalidade, em patologias oncológicas e não oncológicas;
- Útil para tomada de decisões clínicas e valorizar o impacto de um tratamento e a progressão da doença;
- Karnofsky de 50 ou inferior indica elevado risco de morte durante os 6 meses seguintes.

### ✓ PaP Score – Palliative Prognostic Score: estima a sobrevida, no período de 30 dias a partir da avaliação clínica e laboratorial.

Variável	Pontos
<b>Dipnéia</b>	
Presente	1
Ausente	0
<b>Anorexia</b>	
Presente	1,5
Ausente	0

Estimativa clinica (semanas)	
> 21	0
11/dez	2
09/out	2,5
07/ago	2,5
05/jun	4,5
03/abr	6
01/fev	8,5
Índice de Karnofsky	
≥ 03	0
out/20	2,5
Leucócitos totais por mm <sup>3</sup>	
< 005.8	0
8.501-11.000	0,5
> 000.11	1,5
Porcentagem de linfócitos	
< 21	2,5
12-19,9	1
≥ 02	0
Grupos de risco	Total de pontos
A - probabilidade de sobreviver 30 dias > 70%	0 - 5,5
B - probabilidade de sobreviver 30 dias 30 - 70%	5,6 – 11
C - probabilidade de sobreviver 30 dias < 30 %	11,1 – 17,5

Freqüentemente, os pacientes e seus familiares que enfrentam doenças graves sem perspectiva de um tratamento que mude a sua evolução estão perante um dilema: o desejo de serem cuidados em seus lares e o medo de não ter uma assistência adequada, principalmente no alívio de sintomas que causam muito sofrimento aos pacientes e angústia aos cuidadores. O alívio adequado de sintomas é fundamental para promover a confiança do paciente e de seus familiares, de que é possível usufruir do conforto de suas casas em contato com seus entes queridos, exercer sua autonomia, enfim, viver cada momento que lhes é de direito e sem abrir mão de uma assistência à altura de suas necessidades. A abordagem a seguir contempla os sintomas mais comuns no final da vida, em especial para pacientes que sofrem com doenças oncológicas, quando a evolução para a fase terminal é mais rápida. Porém, muitas orientações podem ser aplicadas de forma adaptada para outros contextos de doenças não oncológicas, com progressão mais arrastada. As doses de medicamentos comentadas são para adultos.

### Como abordar

A abordagem de uma queixa (ou conjunto delas) de um paciente em cuidado paliativo deve seguir a sequência semiológica padrão, ou seja, ouvir, perguntar e examinar. Como não poderia deixar de ser, uma boa abordagem começa com uma boa comunicação. Uma boa comunicação começa com o ouvir atento, pacientemente, com interesse, empatia e respeito às angústias da pessoa. É a melhor maneira de avaliar o que uma pessoa sente. A conversa com o paciente e os familiares não é simplesmente uma coleta mecânica de dados referentes aos sintomas, mas também “sentir” a pessoa, pois muitas vezes, as palavras expressam uma idéia, mas o tom de voz, os gestos ou o olhar demonstram um contexto

completamente diferente – daí a importância de aprimorar habilidades em comunicação verbal e não-verbal.

Um bom exame físico também é muito importante para avaliar os sintomas. Uma ectoscopia pode revelar anemia grave em paciente com queixa de astenia intensa; examinar a pele (inclusive o dorso e as partes íntimas) pode revelar úlceras de decúbito ou herpes zoster em paciente com queixa de dor; uma palpação abdominal pode detectar retenção urinária (“bexigoma”) em paciente com agitação psicomotora; uma ausculta e percussão do tórax podem evidenciar derrame pleural volumoso em paciente com dispnéia; o exame da orofaringe com evidência de placas de monilíase pode ser a causa da anorexia do paciente. A etiologia para os sintomas referidos podem facilmente ser identificados pelo simples exame físico.

Um detalhe importante na abordagem de sintomas em cuidado paliativo é sobre os efeitos colaterais de medicamentos; daí a necessidade de se fazer um inventário de medicamentos em uso e sua posologia. Frequentemente, um fármaco para um sintoma causa outro sintoma. Nesse caso, o ajuste da posologia, a troca ou suspensão do fármaco podem ser a solução mais adequada do que acrescentar outro fármaco para controlar o efeito colateral do primeiro, embora nem sempre isso seja possível.

Há situações em que, mesmo com uma anamnese e exame físico minuciosos, não é possível identificar a causa de um sintoma. Nessa situação, é recomendável a realização de exames complementares. Algumas perguntas como: "é razoável tratar o sintoma empiricamente?"; "vale o sacrifício de sair de casa?"; "o resultado do exame orientará a conduta?"; "essa conduta melhorará a qualidade de vida do paciente?", podem nos ajudar a ver com mais clareza se a realização de um determinado exame contribuirá ou não para o melhor controle dos sintomas e conforto.

## **Dor**

- A dor é uma das queixas mais freqüente em pacientes de cuidado paliativo de diversas patologias (BALLANTYNE, 2002; ALVES NETO, 2009; VARGAS-SCHAFFER, 2010). É um sintoma muito desconfortável e de difícil tolerância em pacientes com câncer avançado, o que também acomete a grande maioria dos pacientes com outros diagnósticos, possuindo componentes físico (sensorial) e psicológico (emocional), que são indissociáveis. Como se trata de uma experiência, ela é pessoal, individual e subjetiva.
- Considerando o conceito de *dor total*, a dor pode interferir no comportamento afetivo, social e espiritual do paciente, e também é modulada por fatores emocionais, culturais e pelas experiências prévias.



## Como avaliar

Escutar o paciente, embora não seja a única, é a melhor forma de avaliar a dor. Deve-se permitir que o paciente expresse o que sente por meio de suas próprias palavras com a mínima interferência do avaliador. Sendo uma experiência pessoal, o primeiro passo para avaliar a dor é acreditar no paciente. Assim como qualquer sintoma, deve-se determinar as características da dor:

- Localização - onde dói.
- Tipo de dor - como dói (aperta, queima, em cólica, etc.);
- Intensidade da dor - quanto dói (pouco, moderado, muito, insuportável);
- Comportamento temporal - quando dói (à noite, de madrugada, pela manhã), frequência, duração;
- Fatores de melhora e piora - o que melhora (com repouso, com massagem, com medicamento já prescrito) - o que piora (com movimento, com frio, com alimentação);
- Tratamentos já realizados e seus resultados;
- Mudanças recentes das características da dor.

É também preciso se atentar para os aspectos emocionais como ansiedade, depressão, preocupação e problemas familiares, além de determinar como a dor influencia na funcionalidade e na qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Sempre que possível, deve-se identificar a causa da dor, embora nem sempre o tratamento específico seja conveniente. Uma abordagem da dor de acordo com a sua causa tende a ser mais eficiente do que um tratamento empírico. As principais causas da dor em CP são as seguintes:

- Expansão tumoral;
- Infiltração nervosa;
- Secundária aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos como cirurgia, quimioterapia e radioterapia;
- Problemas osteomusculares como artrite, imobilidade e fraturas patológicas;
- Constipação intestinal, retenção urinária, espasmo visceral;

- Úlceras por pressão;
- Dor isquêmica (coronária e arterial periférica);

De forma prática, podemos caracterizar a dor a sua apresentação e comportamento:

- Quanto a comportamento no tempo: pode ser aguda, crônica, incidental e de exacerbação;
- Quanto à natureza: Nociceptiva - pode ser somática e/ou visceral e/ou Neuropática: de origem periférica e/ou central;
- De forma prática, podemos caracterizar a dor a sua apresentação e comportamento:
- Quanto à intensidade: é uma classificação subjetiva, porém importante para o planejamento da abordagem da dor. Existem vários instrumentos desenvolvidos e validados para medir a intensidade da dor que podem ser utilizados na prática.

Deve-se dar preferência para o instrumento mais familiarizado, de fácil aplicação, que seja facilmente assimilado tanto pelo paciente como familiares (Fig. 1).

**Figura 1** – Escalas de Dor: A – Escala Numérica; B – Escala de faces Wong Baker; C – Escala Categórica

**A. ESCALA NUMÉRICA:** Qual nota o(a) Sr.(a) daria para sua dor? Zero é nenhuma dor, dez é a pior dor possível imaginável (verbal: pontuação expressa sem régua e, visual: mostra-se a régua para o paciente pontuar entre 0 a 10)



**B. ESCALA DE FACES WONG BAKER:** Explique a pessoa que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não têm dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor. Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 1: tem apenas um pouco de dor.

Face 2: tem um pouco mais de dor.

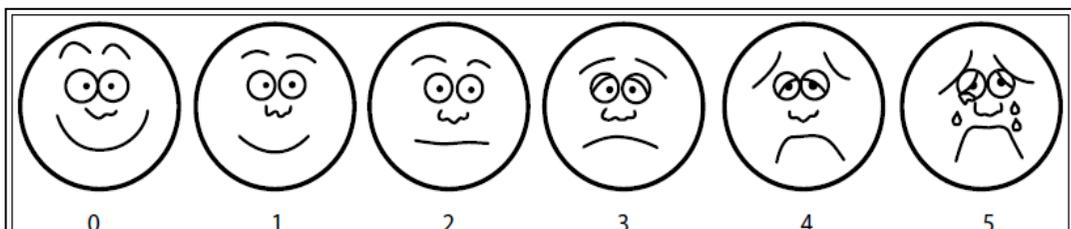
Face 3: têm ainda mais dor.

Face 4: têm muita dor.

Face 5: têm uma dor máxima, apesar de que nem sempre provoca o choro.

Peça à pessoa que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

Esta escala é aplicável a pessoas de três anos de idade ou mais.



**C. ESCALA CATEGÓRICA:**

- sua dor é nenhuma, pequena, média ou grande? OU

- sua dor é ausente, leve, moderada ou forte?

## Como abordar

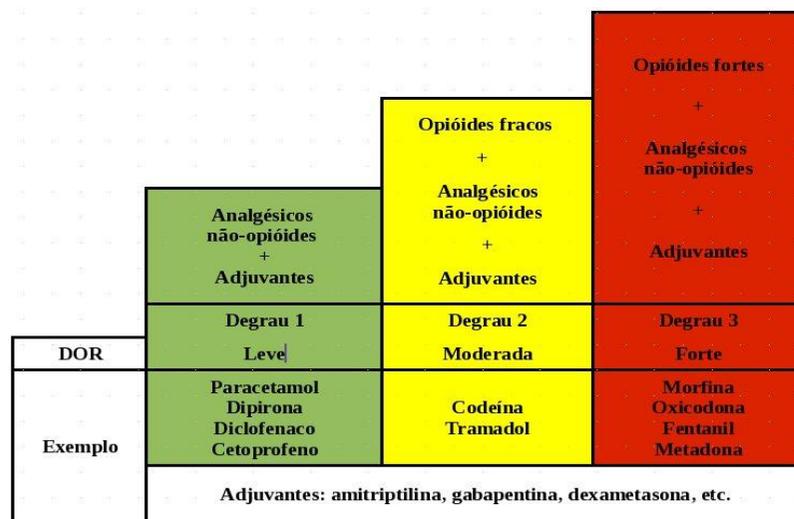
A dor pode ser controlada com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Neste capítulo, será comentado apenas o controle farmacológico da dor.

Uma abordagem amplamente utilizada para manejo da dor em pacientes de cuidado paliativo é a da Organização Mundial da Saúde (OMS) que foi proposta em 1984 e, segundo os estudos, é capaz de aliviar, sem grandes custos, a dor de forma adequada em 70 a 90% dos pacientes com câncer (VARGAS-SCHAFFER, 2010). Embora, não seja adequada para todas as situações de dor, ainda assim é uma forma simples e eficiente de abordar a dor em pacientes de cuidado paliativo.

As recomendações do uso de analgésicos da OMS são:

- a. **Pela boca:** sempre que possível, deve-se privilegiar a forma oral dos analgésicos. As vias alternativas à via oral mais utilizadas no cuidado paliativos são: subcutânea (SC), transdérmica, retal, e eventualmente, endovenosa (EV). A via intramuscular (IM) não deve ser utilizada em geral.
- b. **Pelo relógio:** para garantir um alívio adequado da dor, os medicamentos analgésicos devem ser oferecidos em intervalos regulares de acordo com a duração da ação dos medicamentos, além da dose adicional conforme a necessidade.
- c. **Pela escada:** para a escolha os medicamentos analgésicos conforme a intensidade da dor. Essa abordagem é conhecida como "escada analgésica da OMS".

Figura 2. A escada analgésica da OMS



*Obs: Embora, a OMS recomende a utilização de opióides fracos para dores moderadas, não há uma contra-indicação para o uso de opióides fortes. O importante é o alívio adequado da dor com mínimo de efeitos colaterais*

**Para o indivíduo:** a dose dos medicamentos não deve ser padronizada, pois cada pessoa sente a dor de forma diferente e requer doses individualizadas de analgésicos.

**Atenção a detalhes:** explicar minuciosamente a posologia, a indicação e possíveis efeitos colaterais dos medicamentos. É altamente recomendável que esta explicação seja feita tanto verbalmente como na forma escrita, certificando-se de que o paciente ou o cuidador realmente entendeu as informações. O acompanhamento da resposta analgésica deve ser feito de forma contínua e frequente no controle da dor grave, na introdução de drogas potentes e durante a rotação de opióides e outros reajustes posológicos, via telefone ou consultas ambulatoriais e domiciliares.

## Tratamento farmacológico

### Analgésicos não-opioides

Podemos utilizar um analgésico não-opioide (ANOP) isoladamente em caso de dor leve ou em combinação com opioides para dores moderadas a fortes. Os ANOPs comumente utilizados são dipirona, paracetamol e anti-inflamatórios não-esteróides (AINE). Vale ressaltar que os ANOPs têm efeito teto, ou seja, um ponto a partir do qual a analgesia não é mais potencializada com o aumento da dosagem do medicamento (vide tab.1). Os AINEs podem causar insuficiência renal, sangramentos gástricos, e o paracetamol, hepatite. Os inibidores seletivos da cicloxigenase-2 têm efeito menos lesivo na mucosa gástrica, mas nem sempre estão disponíveis no SUS.

Tabela 1. Analgésicos não-opioides:

Substância	Posologia	Dose máxima 24h
<b>Dipirona</b>	500 - 1000 mg a cada 4 a 6h	6 g
<b>Paracetamol</b>	500 - 1000 mg a cada 4 a 6 h	4 g
<b>Cetoprofeno</b>	50 - 100 mg a cada 8 a 12h	200 mg
<b>Diclofenaco</b>	50 - 100 mg a cada 8 a 12h	200 mg
<b>Ibuprofeno</b>	200- 800 a cada 6 a 8h	2,4g

### Opióides

Para dores refratárias aos ANOPs ou dores de intensidade moderada a forte podemos utilizar os analgésicos opioides. Ao contrário dos ANOPs, a maioria dos opioides não tem efeito-teto, ou seja, quanto maior a dose, maior a potência analgésica. Os opioides são excelentes analgésicos, e quando necessária a troca de um por outro, faz-se valer as doses equianalgésicas. Entretanto, ainda são subutilizados, em parte devido a preconceitos, tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes e sociedade. É necessário que haja experiência e conhecimento para o uso de drogas de mais difícil titulação, como a metadona, e o reconhecimento dos efeitos colaterais, de interações medicamentosas e da resposta individual do paciente aos fármacos, uma vez conhecida a grande variabilidade genética interpessoal nos sistemas de metabolização.

Tabela 2. Sugestão de analgésicos conforme a intensidade da dor (Adultos)

Escada	Analgésico	Dose Inicial	Dose Máxima	Observação
<b>Dor Leve</b>	<b>Analgésicos não opióides</b>			
	Dipiriona	500 mg VO ou EV 4/4h	1 g VO ou EV 6/6h	-
	Paracetamol	500 mg VO 4/4h	1 g VO 6/6h	-
<b>Dor Média</b>	<b>Opióides Fracos</b>			
	Codeína	15 mg VO 4/4 h	60 mg VO 4/4 h	-
	Tramadol	25 mg VO 6/6 h	100 mg VO ou EV 6/6 h	Cápsula 50 e 100 mg
				Sol. de 50 e 100 mg/mL
Ampola 50 e 100 mg.				
<b>Dor Forte</b>	<b>Opióides Fortes</b>			
	Morfina	5 mg VO 4/4h	Não tem dose máxima	Há formulações de liberação controlada que podem ser administradas cada 12h.
		3 mg SC 4/4h		
		2 mg EV 4/4h		
	Oxicodona	10 mg VO 12/12h	Não tem dose máxima	Não partir os comprimidos. É necessário manter um opióide de ação rápida (p. ex: morfina) para dose de resgate.
	Fentanil patch	25 mcg/h 72/72h	Não tem dose máxima	O patch dérmico deve ser trocado a cada 72 horas ou menos. Manter um opióide de ação rápida (p. Ex: morfina) como o de resgate.

**CODEÍNA** - uma pró-droga que é transformada em morfina no fígado pela enzima CYP2DP do complexo citocromo P450. Vale ressaltar que cerca de 10% dos caucasianos são geneticamente desprovidos desta enzima, motivo pelo qual a codeína tem muita pouca atividade analgésica nestes indivíduos. A dose inicial é de 7,5 mg a 15 mg via oral a cada 4 ou 6 horas, podendo chegar a 60 mg a cada 4 horas. É um opióide fraco.

- **Tramadol** - é um opioide fraco. Pode ser administrado pela via oral, subcutânea e endovenosa. A dose inicial é de 25 a 50mg a cada 6 a 8 horas, podendo chegar a 100 mg a cada 6 horas (sendo esta a dose teto da droga, pelo risco de convulsões);
- **Morfina** - é um opioide forte. É o principal representante dos analgésicos opioides e o mais utilizado para o tratamento da dor de pacientes em cuidados paliativos. Em muitos locais, é o único opioide potente disponível para tratamento da dor oncológica, e se o médico generalista dominar como prescrevê-la, grande parte dos pacientes sofredores de dor no final da vida terão um enorme ganho (TWICROSS, 2010). Pode ser administrada por via oral, retal, subcutânea, endovenosa, epidural e intra-tecal. É metabolizada no fígado e eliminada pelos rins. Apenas um terço da morfina administrada via oral alcança a circulação sistêmica, razão pela qual a dose oral tem um terço, em média, da potência analgésica da dose parenteral. Tem meia-vida curta, de 90 a 120 minutos, com duração de efeito analgésico de 4 a 6 horas. A dose inicial é 5 mg via oral ou 2,5 mg via parenteral a cada 4 horas. Há formulações

de liberação prolongada com ação de 12h, mas sem sempre disponíveis no SUS. Não tem efeito teto.

- **Oxicodona** - é um opioide forte e só é disponível no Brasil na formulação de comprimido revestido, que tem uma fração de liberação rápida e outra de liberação lenta, razão pela qual o comprimido não pode ser triturado ou partido. É menos sedativa do que a morfina e causa menos constipação. A posologia inicial é de 10 mg via oral a cada 12 horas. Não tem efeito teto.
- **Fentanil** - é um opioide forte disponível no Brasil em forma de adesivo transdérmico (patch) e na forma injetável. Tem meia-vida curta, necessitando ser administrado com intervalos curtos (de hora em hora) ou de forma contínua. O adesivo transdérmico é utilizado a cada 72 horas e fornece uma analgesia contínua e estável, por isso indicado para pacientes com a dose diária de opioide estabilizada. Ao iniciar o uso do adesivo de fentanil, deve-se manter o opioide anterior pelo menos 6 a 12 horas após sua fixação na pele. Deve-se fazer o mesmo na troca dos adesivos: colar o novo adesivo 6 horas antes de retirar o anterior. Há necessidade, também, de se prescrever um opioide de ação rápida em caso de dor incidental ou exacerbada (geralmente morfina em nosso meio).
- **Metadona**

A metadona é um opioide sintético de potência analgésica forte. Além de atuar como agonista nos receptores opioides, também age como antagonista nos receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA) e inibe a recaptção de serotonina e noradrenalina (HAYS *et al*, 2005), o que pode justificar sua maior potência analgésica em dores de origem neuropática e menor potencial para desenvolver tolerância em relação aos outros opioides, o que a torna bastante atraente em caso de resposta inadequada aos opioides como morfina, assim como nos casos de tolerância ou efeitos colaterais intoleráveis. Apresenta baixo custo e facilita a aderência pelo menor número de tomadas durante o dia. Tem excelente biodisponibilidade quando administrada por via oral (80-95%), com início de ação em 30-60 minutos (pico em 60-120 minutos), e se prolonga por 6 a 8 horas no início do tratamento, mas pode chegar a 12 ou até mesmo a 24-48 horas de analgesia quando usada repetidamente. É altamente lipofílica, distribuindo-se rapidamente no cérebro, fígado, pulmões, músculos, rins e tecido adiposo, além de se ligar às proteínas plasmáticas. É metabolizada no fígado e não possui metabólitos ativos clinicamente importantes. Os metabólitos inativos são eliminados pelas fezes (90%) e pela urina (10%) (ARNSTEIN, 2010). Sua meia-vida de eliminação é extremamente variável (3 a 128 horas) e não reflete a duração da analgesia, necessitando a ser administrada em intervalos relativamente curtos, principalmente no início do tratamento. Após algumas horas a dias (tempo este variável de pessoa para pessoa), a metadona que foi impregnada nos tecidos volta à circulação. O tempo necessário para atingir um equilíbrio tecido-plasma varia de 4 a 13 dias (em média 5 dias) (ARNSTEIN,

2010; GOODMAN *et al*, 2010). Esta característica farmacocinética peculiar faz com que a titulação de metadona seja feita de forma diferente dos demais opioides.

Existem várias propostas para a titulação de metadona e conversão a partir de outro opioide (ALVES NETO, 2009; ARNSTEIN, 2010; GOODMAN *et al*, 2010). Uma regra geral é começar em doses baixas e incrementar lentamente. Para pacientes “virgens” de opioide, pode-se começar 2,5 a 5 mg de metadona a cada 6 a 8 horas, aumentando a dose de 2,5 mg a cada 4 a 7 dias (o tempo que levará para atingir a estabilidade plasmática). Uma vez definida a dose estável de manutenção, a metadona pode ser administrada a cada 12 horas ou até mesmo em uma única dose diária, geralmente noturna. Pode-se usar a própria metadona como analgésico de resgate na dose de 10 a 30% da dose diária de metadona, podendo repetir a cada 30-60 minutos se dor forte e cada 3-4 horas se dor moderada, mas se possível, deve-se dar preferência para um opioide de ação curta como a morfina.

A equivalência analgésica entre a morfina (e outros opioides) e metadona não é linear, variando significativamente conforme a dose diária de morfina utilizada (vide Tabela 3). Em seguida, duas sugestões de conversão de dose.

**Tabela 3. Equivalência de morfina oral para metadona oral**

Morfina (mg)	Equivalência	Metadona (mg)
≤ 100	3:1	?? – 33
101 – 300	5:1	20 – 60
301 – 600	10:1	30 – 60
601 - 800	12:1	50 – 67
801 – 1000	15:1	53 – 67
> 1000	20:1	50 – ??

Krantz, Stimmel, Haigney, 2009.

➤ Como converter a dose de morfina para metadona (esquema I):

Calcular a dose equivalente da metadona através da tabela 3

Inicialmente, dividir a dose diária em 4 tomadas e após alguns dias, passar para 3 ou 2 tomadas.

Usar a morfina (10% da dose diária) como analgésico de resgate.

**Exemplo:** um paciente faz uso de 90 mg de morfina a cada 4 horas. Como converter para metadona?

$90 \text{ mg} \times 6 = 360 \text{ mg}$  de morfina em 24h

Entre 301 e 600 mg, a conversão é 10:1, ou seja, 360 mg de morfina equivalem a 36 mg de metadona.

$36 \text{ mg} / 3 = 12 \text{ mg}$ . Podemos “arredondar” para 10 mg a cada 8 horas.

- Como converter de morfina (ou de outro opióide) para metadona (esquema II para pacientes que possam manifestar a queixa de dor e solicitar o analgésico quando necessário):
- Calcular a dose total de 24 horas e converter para morfina
  - Administrar 10% da dose de 24 horas de morfina **se dor**, em miligramas de metadona, até de 3 em 3 horas, por 5 dias. Obs.: se a dose diária de morfina for maior do que 300 mg, **a dose máxima de metadona será limitada a 30 mg até de 3 em 3 horas.**

No 6º dia, somar todas as doses de metadona administradas nas últimas 48 horas e dividir por 2 (para achar o valor médio dos dois últimos dias). Essa é dose de manutenção em 24 horas de metadona. Dividir em duas a três tomadas.

**Exemplo 1:** Um paciente está tomando 100 mg de morfina a cada 4 horas. Como converter para metadona?

100 mg a cada 4 horas = 600 mg de morfina/24h

10% de 600 mg = 60 mg. **Lembrar que a dose máxima é de 30 mg.**

Como esta dose é limitada a 30 mg, a dose a ser administra é 30 mg, **se dor**, até de 3 em 3 horas, por 5 dias.

No 1º dia, paciente usou 4 doses de 30 mg, total de 120 mg.

No 2º dia, paciente usou 3 doses de 30 mg, total de 90 mg.

No 3º dia, paciente usou 3 doses de 30 mg, total de 90 mg.

No 4º dia, paciente usou 2 doses de 30 mg, total de 60 mg.

No 5º dia, paciente usou 1 doses de 30 mg, total de 30 mg.

A quantidade de metadona utilizada nas últimas 48 horas: 90 mg

$$90 / 2 = 45\text{mg/dia}$$

A dose de manutenção a partir do 6º dia = 45 mg em 3 tomadas, ou seja, 15 mg a cada 8 horas.

**Exemplo 2:** Um paciente está tomando 60 mg de oxicodona a cada 12 horas. Como converter para metadona?

60 mg a cada 12 horas = 120 mg ao dia (oxicodona) = 240 mg de morfina/24h.

10% de 240 mg = 24 mg. **Lembrar que a dose máxima é de 30 mg.**

A dose de metadona a ser administra é 24 mg **se dor** até de 3 em 3 horas, por 5 dias. Como os comprimidos são de 5 e de 10 mg, arredondaremos para 25 mg.

No 1º dia, paciente usou 6 doses de 25 mg, total de 150 mg.

No 2º dia, paciente usou 4 doses de 25 mg, total de 100 mg.

No 3º dia, paciente usou 3 doses de 25 mg, total de 75 mg.

No 4º dia, paciente usou 2 doses de 25 mg, total de 50 mg.

No 5º dia, paciente usou 2 doses de 25 mg, total de 50 mg.

A quantidade de metadona utilizada nas últimas 48 horas: 100 mg

$$100 \text{ mg} / 2 = 50 \text{ mg/dia}$$

A dose de manutenção a partir do 6º dia = 50 mg em 2 tomadas, ou seja, 25 mg a cada 12 horas.

**Obs.1:** Existem vários esquemas diferentes de titulação e conversão de metadona. Com o uso crônico, alguns pacientes podem apresentar uma redução da dose diária de metadona, mesmo com dor oncológica. O mais importante é manter a monitorização clínica com a menor dose analgésica eficaz para minimizar efeitos colaterais.

**Obs. 2:** O uso de meperidina é proscrita para o tratamento de dor crônica, pois seu metabólito ativo, normeperidina (de meia-vida mais longa do que a meperidina), é neurotóxica e isenta de efeito analgésico - quando usada em doses repetidas se acumula no organismo, causando alterações neurológicas, inclusive convulsões.

### **Dose de resgate**

Além do opioide de horário (dose regular), é importante prescrever a dose de resgate, ou seja, uma dose extra em caso de dor agudizada. Geralmente, esta dose é em torno de 1/10 a 1/6 da dose regular total diária e deve ser administrada quantas vezes for necessária para o alívio da dor, respeitando-se o tempo de pico máximo de ação analgésica. No caso da morfina de liberação rápida, a dose de resgate é igual à dose regular, ou metade desta dose, nos casos de pacientes idosos muito idosos ou caquéticos. Para pacientes que fazem uso de formulações de longa duração, orienta-se iniciar o resgate com a dose equivalente de morfina de 1/10 da dose diária total, pois há menos flutuações do nível sérico do opioide de uso regular. É importante salientar que a dose regular deve ser administrada conforme o horário programado, independentemente da dose de resgate. A dose de resgate pode ser o mesmo opioide da dose regular ou um opioide da mesma classe de potência ou de potência superior, mas de ação rápida. Não se deve usar um opioide fraco como resgate de um opioide forte. A seguir, alguns exemplos:

- **Um paciente está recebendo 30 mg de morfina a cada 4 horas. Qual é a dose de resgate (via oral)?**
  1. Calcular a dose regular diária de morfina:  $30 \times 6 = 180 \text{ mg}$ ;
  2. Calcular a dose de resgate (10% da dose diária) =  $180 \text{ mg} \times 10\% = 18 \text{ mg}$ ;
  3. Neste caso, a morfina de resgate pode ser arredondada para 20 mg (dois comprimidos de 10 mg).
  4. A dose de resgate da morfina (oral) pode ser repetida a cada 40 a 60 minutos. Se após uma hora não se obtém a analgesia eficaz (dor moderada a forte), não adianta esperar mais, já que este é o tempo para sua ação analgésica máxima (via oral).

Então, administra-se mais uma dose de resgate na segunda hora. Com a administração de intervalos muito menores, há possibilidade de intoxicação.

- **O mesmo paciente que está recebendo 30 mg de morfina a cada 4 horas. Qual é a dose de resgate (via endovenosa)?**

1. Calcular a dose regular diária de morfina:  $30 \times 6 = 180$  mg;
2. Calcular a dose de resgate (10% da dose diária) =  $180 \text{ mg} \times 10\% = 18$  mg;
3. C dose parenteral é 3X mais potente do que a dose oral, logo a dose de resgate EV será  $18 / 3 = 6$  mg.
4. C dose de resgate da morfina (endovenosa) pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos, já que é este o tempo para seu pico de ação analgésica máxima (via endovenosa).

*Obs: o intervalo entre as doses de resgate por via subcutânea deve ser pelo menos 2 vezes o da via endovenosa.*

### **Ajuste de posologia para o dia seguinte**

Quando a dor não estiver controlada adequadamente e há necessidade de recorrer ao uso de doses de resgate frequentemente, então devemos ajustar a posologia do opioide. Uma forma simples e prática de fazer este ajuste é somar toda a dose de opioide (dose regular e dose de resgate) utilizada no dia anterior. Este é a quantidade de opioide que o paciente precisará tomar no dia seguinte para obter uma analgesia adequada. Para a metadona, espera-se em torno de 5 a 7 dias para o ajuste da dose regular. Por exemplo:

- Um paciente recebeu no dia anterior 30 mg de morfina a cada 4 horas. Além disso, recebeu mais 4 doses de 15 mg como resgate. O ajuste de dose para o dia seguinte será:

1. Somar todo o opióide que paciente recebeu:
  - Doses regulares:  $6 \times 30 \text{ mg} = 180$  mg;
  - Doses resgates:  $4 \times 15 \text{ mg} = 60$  mg;
  - Total =  $180 + 60 = 240$  mg
2. A quantidade de opioide para o dia seguinte é 240 mg;
3. Dividir a dose total por número de tomadas:  $240 / 6 = 40$  mg
4. A dose regular para o dia seguinte é 40 mg a cada 6 horas.
5. A dose de resgate é: 10% de 240 = 24 mg; arredondar para 20 mg (2 comprimidos de 10 mg).

### **Rotação de opióide**

Durante o tratamento da dor, há situações em que é preciso trocar o opioide em uso atual por um outro, motivado por efeitos colaterais intoleráveis (*delirium*, sonolência excessiva, neurotoxicidade), por ineficácia ou desenvolvimento de tolerância, pela facilidade de administração posológica, etc – a isto se nomeia rotação de opioide, que é a

troca de um opioide por outro. Uma forma prática e simples de realizá-la é pelo cálculo da dose diária do opioide atual e converter para o opioide desejado consultando a "tabela de equivalência de opioides" (tab. 4 e tab. 5). Uma vez feita esta conversão, é recomendado que se reduza cerca de 25% a dose do novo opioide. A seguir, alguns exemplos:

- Um paciente está recebendo codeína 60 mg VO de 4 em 4 horas sem controle adequado da dor. A equipe resolveu trocar o opioide para morfina. Como fazer esta conversão?
  1. **Calcular a dose diária atual** de codeína:  $60 \text{ mg} \times 6 \text{ tomadas} = 360 \text{ mg}$ ;
  2. **Calcular a dose equivalente** da morfina. Como a morfina é 10 vezes mais potente que a codeína, logo 360 mg de codeína é equivalente a 36 mg de morfina;
  3. **Reduzir 25%** a dose de morfina diária calculada, ou seja,  $75\% \text{ de } 36 \text{ mg} = 27 \text{ mg}$ ;
  4. **Dividir a dose diária pelo número de tomadas** durante o dia, neste caso serão 6 tomadas, já que a morfina deve ser administrada a cada 4 horas:  $27 / 6 = 4,5 \text{ mg}$ .
  5. O paciente recebia 60 mg de codeína a cada 4 horas e passará a receber 4,5 mg de morfina a cada 4 horas. *Como o comprimido de morfina é de 10 ou 30 mg, podemos "arredondar" a dose atual para 5 mg de 4 em 4 horas.*
- Este mesmo paciente, após duas semanas, apresentou a dose de morfina escalonada para 40 mg a cada 4 horas com controle adequado da dor, mas o paciente acha muito incômodo tomar o medicamento a cada 4 horas, o que levou a equipe a trocar mais uma vez de opioide, agora pela oxicodona (de liberação lenta). Como fazer esta conversão?
  1. **Calcular a dose diária atual** da morfina:  $40 \text{ mg} \times 6 \text{ tomadas} = 240 \text{ mg}$ ;
  2. **Calcular a dose equivalente** da oxicodona. Como a oxicodona é duas vezes mais potente que a codeína, logo 240 mg de morfina equivalem a 120 mg de oxicodona;
  3. **Reduzir 25%** a dose de oxicodona diária calculada, ou seja,  $75\% \text{ de } 120 \text{ mg} = 90 \text{ mg}$ ;
  4. **dividir a dose diária pelo número de tomadas** durante o dia, neste caso serão 2 tomadas, já que o oxicodona (de liberação lenta) deve ser administrada a cada 12 horas:  $90 \text{ mg} / 2 = 45 \text{ mg}$ .
  5. O paciente recebia 40 mg de morfina a cada 4 horas e passará a receber 45 mg de oxicodona a cada 12 horas. *Como o comprimido de oxicodona é de 10, 20 ou 40 mg, podemos "arredondar" a dose atual para 40 mg de 12 em 12 horas.*

*Obs: algumas pessoas podem apresentar sensibilidade variável para diferentes opioides. Para uns, esta maneira de rotacionar opioide pode resultar em analgesia deficiente, e para outros, a dose calculada pode ser excessiva, necessitando de ajuste fino após a rotação.*

Tabela 4. Equivalência de opioides (dose administradas em 24h):

Opióide	Morfina oral	Equivalência
Morfina parenteral 10 mg	Morfina 30 mg VO	01:03
Morfina parenteral 15 mg*		1 : 2*
Codeína 30 mg VO	Morfina 3 mg VO	10:01
Tramadol 150 mg VO	Morfina 30 mg VO	5 : 1**
Tramadol 100 mg EV		3,33 : 1**
Oxicodona 10 mg VO	Morfina 20 mg VO	01:02
Oxicodona 7,5 mg VO*		1 : 1,5*

\* Há pequenas variações na literatura quanto a dose equivalente entre opióides e entre diferentes vias de administração de um mesmo opióide.

\*\* Alguns autores descrevem uma maior segurança dividindo a dose de tramadol oral por 10 (semelhante à codeína), e se necessário, acrescentar morfina de resgate no início da titulação, principalmente para pacientes mais frágeis.

Tabela 5. Equivalência entre morfina e fentanil transdérmico (adesivo cutâneo - “patch”)

Morfina VO (mg/24h)	Fentanil “patch” mcg/h/72h
30~45	12
45 ~ 134	25
135 ~ 224	50
225 ~ 314	75
315 ~ 404	100
405 ~ 494	125
495 ~ 584	150
585 ~ 674	175

(\*) Fentanil patch de 12 mcg/h na realidade libera 12,5 mcg/h, mas é impresso na embalagem 12 mcg/h para evitar possível confusão com o adesivo de 125 mc/h

### Principais efeitos colaterais dos opióides.

Assim como qualquer medicamento, os opióides podem causar efeitos indesejáveis em maior ou menor intensidade, a maioria previsíveis, portanto contornáveis (HARRIS, 2008; TWICROSS, 2010). Além de seus efeitos adversos serem bastante conhecidos, ainda podemos contar com os antídotos específicos (p. ex: naloxone). Embora sejam úteis em algumas situações de intoxicação, a necessidade freqüente de recorrer ao antídoto pode denotar a imperícia no manejo de opioides. Um sinal clássico de intoxicação por opioide é miose puntiforme (pupilas tipo “cabeça de alfinete”), mas nem sempre ocorre e pode ocorrer em outras situações sem intoxicação.

- **Constipação** - praticamente todos os pacientes que fazem uso crônico de opióides apresentam constipação, portanto **os laxantes osmóticos, estimulantes da mucosa e alguns lubrificantes devem ser prescritos preventivamente** em conjunto com os opioides. P. ex: bisacodil - 5 mg de 8/8h;
- **Sonolência** - é mais freqüente no início do tratamento com opioides. Merece uma atenção especial, pois pode ser um dos sintomas que precedem a depressão respiratória. Às vezes, a sonolência é desejável, mas quando interfere na qualidade de vida, deve ser tratada. O primeiro passo é rever a dose. Se a dose é adequada, verificar se há outra possível causa para a sonolência (p. ex: uso concomitante de

outras medicações que causam sedação). Se não há como reduzir a dose sem comprometer a analgesia, pode-se utilizar um psicoestimulante, como o metilfenidato: 5 a 10mg pela manhã e uma segunda dose no almoço. Não deve ser administrado no final da tarde ou à noite devido ao risco de insônia. Se não houver uma boa resposta, opta-se pela troca de opioide (ver mais adiante);

- **Náusea** - também é mais comum no início do tratamento e tende a desaparecer em alguns dias. Pode ser contornada com anti-eméticos como a metoclopramida, o haloperidol ou até a ondansetrona. Também merece atenção, pois pode ser um dos sinais de intoxicação, principalmente pela metadona. Neste caso em especial, a intoxicação por metadona apresenta precocemente náuseas e vômito muito antes da sonolência e depressão respiratória, motivo pelo qual muitos autores recomendam não utilizar anti-eméticos durante o uso de metadona;
- **Arritmia por metadona:** assim como muitas drogas, a metadona pode causar o prolongamento do intervalo QT e causar arritmias cardíacas graves, potencialmente fatais como *Torsade des Pointes*. A recomendação (KRANTZ, 2009) é que seja feita um rastreamento, realizando um eletrocardiograma (ECG) e obtendo intervalo QT corrigido (QTc) em todos os paciente que fazem uso de metadona, em especial aqueles que tem doença estrutural cardíaca, e repetir o ECG em 30 dias e depois anualmente ou quando a dose de metadona exceder 100 mg/dia. Para QTc entre 450 a 500 milissegundos (ms), deve-se pesar o risco e benefício do uso de metadona e monitorar QTc com mais frequência; para QTc > 500 ms, deve-se considerar a interrupção do uso de metadona ou reduzir sua dose; suspender o uso de drogas que causam hipocalemia e hipomagnesemia ou trocar por uma droga alternativa. Deve-se ter em mente que a metadona pode interagir com outras drogas que causam o prolongamento do QTc ou que interferem na sua meia-vida plasmática, aumentando o risco de complicações dessa esfera.

$$QTc = \frac{QT}{\sqrt{RR}}$$

Obs: QT é o intervalo entre o início da onda Q e término da onda T e RR é o intervalo entre as duas ondas R, ou seja a frequência cardíaca.

- **Delirium** - os pacientes idosos, debilitados ou que recebem vários medicamentos (psicotrópicos ou não) são os mais susceptíveis. Sempre deve-se pesquisar uma outra possível causa (infecção, desidratação, excesso de medicamentos, mesmo dor não controlada, etc.). Descartada outra causa clínica, ajusta-se a dose ou troca-se o opioide. Os neurolépticos podem ser utilizados como sintomáticos (p. ex: haloperidol 2 a 5 mg, 2 a 3 vezes ao dia ou risperidona 1 a 2 mg, 2 vezes ao dia) .
- **Mioclonia** – pode-se reduzir a dose de opioide, trocá-lo ou adicionar um benzodiazepínico (p. ex: clonazepam 0,5 mg, uma a duas vezes ao dia).

- **Neurotoxicidade por opióide:** rara complicação, em geral com pacientes desidratados, infectados, em que o aumento do opioide em uso piora o quadro de dor. Manifesta-se com dor abdominal, mioclonias, hiperalgesia e alodínia pelo corpo todo. É resolvida em geral com cuidados clínicos e rotação de opioide.
- **Depressão respiratória** - é o efeito colateral mais temido, porém é raro quando o opioide é utilizado conforme as recomendações. Também é mais comum no período inicial do tratamento ou durante o ajuste de dose. Quando se depara com paciente em depressão respiratória, a tentação de utilizar imediatamente um antídoto (naloxone) é grande, mas nem sempre esta abordagem é a mais adequada. A decisão de usar o antídoto dependerá basicamente de duas perguntas:
  - Quão grave é a depressão respiratória? Se a frequência respiratória (FR) estiver abaixo de 10 movimentos por minuto e o paciente torporoso, recomenda-se que se use o antídoto.
  - Quando foi administrada a última dose? Se a última dose administrada ainda será absorvida ou ainda vai atingir o pico de ação, mesmo que a FR esteja acima de 10 por minuto, porém o paciente está torporoso, o uso de naloxone deve ser considerado. Se a última dose foi administrada já há algum tempo (no caso de morfina, há mais de 1-2 horas) e está além do tempo de pico de ação máxima, pode-se apenas observar (de perto), pois a tendência é o efeito do opioide se tornar cada vez mais fraco.

**Dica de uso de naloxone:**

- *Diluir 0,4 mg (1 ampola) em 20 mL de água destilada e administrar 5 mL da solução (0,1 mg) EV a cada 1 a 2 minutos. Alternativamente, pode-se usar a via subcutânea, sem diluição, preferencialmente com agulha de insulina, aguardando o dobro de tempo entre as doses. Geralmente, o efeito é notável de imediato. Usa-se a menor dose possível devido ao risco de crise de abstinência. O efeito antagônico do naloxone dura entre 1 a 4 horas. Em caso de pacientes com intoxicação por opioide de longa duração ou com sistema de eliminação prejudicado (p. ex: insuficiência renal), poder ser necessário repetir a administração de naloxone por várias vezes.*

**Dicas de uso de opióides**

- Prescrever “opioide de horário” em intervalos regulares conforme o seu tempo de ação.
  - Morfina 10 mg VO/SC/EV de 4/4h.

- Prescrever o “opióide de resgate” e definir o intervalo mínimo entre as doses de resgate, conforme o pico de ação da droga.
  - Morfina 5 mg VO até de 1 em 1 hora.
  - Morfina 5 mg SC até de 20 em 20 minutos.
- Morfina 5 mg EV até de 10 em 10 minutos (numa crise de dor insuportável, na presença de um médico, pode ser administrado de 5 em 5 minutos).
- Prescrever preventivamente laxantes (isoladamente ou em combinação):
  - Bisacodil 5 a 10 mg VO de 12/12h a 8/8h.
  - Hidróxido de magnésio 10 a 20 ml de 12/12 a 8/8h.
  - Compostos fitoterápicos à base de sene ou cáscara sagrada.
  - Laxativos à base de polietilenoglicol e sais minerais (cuidado com a carga de sódio).
  - Lactulose 10 a 20 ml de 12/12 a 8/8h (pode aumentar flatulência e cólicas).
  - Óleo mineral 10 a 20 ml de 12/12h (cuidado com o uso diário, com os pacientes que apresentam rebaixamento do nível de consciência e os pacientes em uso de sonda nasointestinal pois pode interferir na absorção de nutrientes e medicamentos, entre eles, o próprio opióide)
- Manter um analgésico não opioide para condições clínicas altamente responsivas a esta classe de medicamento, ou também para usar a menor dose necessária de opioide.
 

Por exemplo: Naproxeno 100mg de 12/12h para dor óssea.
- Considerar o uso de co-analgésicos (adjuvantes).
 

Por exemplo: Gabapentina – iniciar 300 mg VO à noite.
- No caso de opioides de ação curta (codeína, morfina), a última dose do dia (noturna) deve ser 50 a 100% maior do que as doses regulares para evitar o despertar pela dor ou para tomar a dose da madrugada.

### **O que não se deve fazer**

- Usar um não-opioide como analgésico de resgate quando o paciente já recebe um opióide de horário. O analgésico de resgate do paciente que usa opióide deve ser um opióide.
- Usar um opióide fraco como analgésico de resgate quando o paciente já usa um forte, pois o opióide fraco compete com o forte pelos receptores, prejudicando a ação do opióide forte. *Entretanto, pode-se usar um opióide forte como analgésico de resgate quando o paciente está usando um opióide fraco.*

## Adjuvantes

São medicamentos utilizados primariamente para outras finalidades, mas com ação auxiliares na analgésica. Alguns autores usam o termo "co-analgésico" para se referir a este grupo de fármacos. Serão comentados apenas alguns antidepressivos e anticonvulsivantes por serem mais utilizados no tratamento da dor, principalmente de origem neuropática (tab. 6). Em pacientes que recebem opioides com resposta analgésica parcial, estes co-analgésicos podem ser muito úteis para melhor controle da dor e, não raramente, até permitir a redução da dose de opioides (NCCN, 2010).

Tabela 5. Medicamentos adjuvantes (co-analgésicos):

Medicamento	Comentários	Posologia
Amitriptilina	<p>Sua ação analgésica é independente da sua ação antidepressiva e é atingida com doses menores do que as utilizadas para depressão e também mais rapidamente.</p> <p>Potencializa efeitos dos opioides.</p> <p>Em pacientes idosos e fragilizados, deve-se evitar seu uso, ou a titulação deve ser mais lenta e com doses menores.</p> <p>Efeitos colaterais mais frequentes: boca seca, constipação, sonolência, retenção urinária, aumento de apetite, tontura, hipotensão postural, piora cognitiva.</p> <p>Deve ser evitado em pacientes com cardiopatias (distúrbio de condução - bloqueios), prostatismo, glaucoma, demência.</p>	<p>Começar com doses baixas e ajustar a dose a cada 3-5 dias (pode ser administrada em única dose noturna ou dividir em 2 ou 3 tomadas):</p> <p style="text-align: center;">25 mg à noite ↓ 25 mg de 12/12h (ou 50 mg à noite) ↓ 25 mg de 8/8h (ou 25 mg cedo e 50 mg à noite)</p>
Nortriptilina	<p>Semelhante à amitriptilina, porém com tolerância melhor, pois possui menos efeitos anticolinérgicos.</p> <p>Potencializa os efeitos dos opioides.</p>	<p>Começar com doses baixas e ajustar a dose a cada 3-5 dias (pode ser administrada em única dose noturna ou dividir em 2 ou 3 tomadas):</p> <p style="text-align: center;">10 mg à noite ↓ 25 mg de noite ↓ 50 mg noite ↓ 75 mg noite</p>
Gabapentina	<p>É um medicamento com boa tolerabilidade. Os efeitos colaterais mais comuns são sonolência e tontura que podem ser amenizados com titulação gradual da posologia</p> <p>Em pacientes idosos e fragilizados, a titulação deve ser mais lenta e gradual.</p>	<p>Começar com doses baixas e ajustar a dose a cada 3 dias:</p> <p style="text-align: center;">300 mg à noite ↓ 300 mg de 12/12h ↓ 300 mg de 8/8h ↓ 600 mg de 12/12h</p>

	Usar doses menores em pacientes com insuficiência renal	<p style="text-align: center;">↓ 600 mg de 8/8h ↓ até 1200 mg de 8/8h</p>
Carbamazepina	<p>Tem ação para neuralgia do trigêmeo e do glossofaríngeo (p.ex., pacientes com tumor de cabeça e pescoço) e algumas outras neuropatias de caráter lancinante.</p> <p>É necessário a monitorização de função hepática e medular (mielotoxicidade), pode interagir com outros fármacos via metabolização hepática. Pode também causar sedação, ataxia.</p>	<p>Começar com doses baixas e aumentar a cada 3-5 dias:</p> <p style="text-align: center;">100mg à noite ↓ 100 mg de 12/12h ↓ 100 mg cedo, 200mg à noite ↓ até 400 mg de 12/12h</p>

### 6.3. Dispneia

Segundo a *American Thorax Society*, a dispneia pode ser definida como "uma experiência subjetiva do desconforto respiratório que consiste em sensações distintas que variam na intensidade. Essa experiência deriva da interação entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, social e ambiental, podendo induzir respostas fisiológicas e comportamentais secundárias." (BOOTH *et al*, 2008)

É um sintoma comum em pacientes com câncer, tanto de origem pulmonar como extra-pulmonar, e sua prevalência aumenta com a progressão da doença, e é presente em 70% dos pacientes nas últimas seis semanas de vida (URONIS & ABERNETHY, 2008). Nas doenças cardiopulmonares avançadas de todas as etiologias, a dispneia é o sintoma mais prevalente (American Thorax Society, 1999). A dispneia é um dos sintomas mais devastadores e angustiantes para o paciente e para quem o assiste, e pode ser um dos motivos que leva o paciente a sofrer de distanásia, quando se submete o paciente a medidas desproporcionais, invasivas e agressivas, porém fúteis.

#### Como avaliar

Assim como a dor, não temos meios objetivos para mensurar a dispneia, embora esteja frequentemente associada à taquipnéia, batimento de asa do nariz (BAN) e uso de musculatura acessória. Nem mesmo a hipoxemia, mensurada através de gasometria, tem uma relação precisa com a dispneia. A melhor forma de avaliar a dispneia é através do relato do próprio paciente. Podemos utilizar as mesmas escalas (numérica, visual-analógica, ou mesmo verbal) para medir a intensidade da dispneia. A avaliação da dispneia, como em qualquer outro sintoma, deve seguir a sequência: ouvir, perguntar e examinar.

Uma vez identificada a causa da dispneia, deve-se ponderar a possibilidade de um tratamento específico. Se a dispneia é decorrente de múltiplas metástases pulmonares, talvez haja poucas possibilidades de um tratamento específico, mas por outro lado, a

dispneia decorrente de um pneumotórax ou derrame pleural podem ser tratados sem grandes dificuldades.

### **Como controlar**

Algumas medidas simples podem contribuir para o alívio da dispnéia de forma significativa:

- Promover um ambiente tranquilo e bem arejado.
- Utilizar roupas leves que facilitam a movimentação.
- Posicionar adequadamente o pacientes, preferencialmente com decúbito elevado.
- Fluxo de ar direcionado para o rosto do paciente - pode-se usar um pequeno ventilador.
- Embora com frequência e de forma empírica prescrita para os pacientes com dispnéia, ainda não há evidências convincentes de que a oxigenioterapia suplementar seja realmente útil no alívio deste sintoma em todos os pacientes. Os dados disponíveis mostram que a oxigenoterapia é útil para o alívio da dispnéia em pacientes com hipoxemia (BOOTH *et al*; URONIS & ABERNETHY; QASEEM, 2008).
- Em caso de ansiedade, utilizar benzodiazepínico, sempre iniciando com doses baixas, como lorazepam (1 mg), clonazepam ( 0,5 mg), diazepam (5 mg).

### **Uso de opióide para o alívio da dispneia**

Os opioides são muito úteis para o manejo sintomático da dispnéia, tanto para os pacientes em estágio avançado de câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou insuficiência cardíaca congestiva. O medo da depressão respiratória (rara quando usado corretamente) não deve ser uma barreira para o uso de opioide para aliviar a dispnéia. Aliás, os estudos mostram que os opioides são muito eficientes no alívio da dispnéia, no entanto, alteram muito pouco os parâmetros gasométricos quando utilizados com critério e observação clínica (CLEMENS & KLASCHIK, 2008).

A forma de usar opióides para a dispneia é muito semelhante do modo como usamos para a dor (ver mais detalhes acima). Para os pacientes “virgens de opióide”, devemos começar com doses baixas e para os pacientes que já fazem uso de opióide, podemos aumentar cerca de 25% a dose atual. Além da dose regular (de horário), também devemos providenciar a dose de resgate, da mesma forma que fazemos para a dor.

#### **6.4. Sororoca (*death rattle*)**

Quando o paciente está nas últimas horas da sua vida, geralmente, torna-se apático, sonolento, torporoso e finalmente, comatoso. Perde-se então o reflexo de deglutição, acumulando a secreção nas vias aéreas superiores (VAS) que em combinação com os movimentos respiratórios produz o som conhecido como “sororoca” (DOYLE & HANKS

*et al*, 2004). Embora isto não incomode o paciente, os familiares ficam apreensivos com o barulho. É importante explicar o que está acontecendo e reforçar que o paciente não está sofrendo, mas às vezes, os familiares não conseguem assimilar bem a situação, sendo necessário intervir:

#### **Como controlar**

- Elevar a cabeceira
- Limpar a cavidade oral com uma gaze úmida em água bicarbonatada/ colutório diluído ou inclinar a cabeça de lado para drenar a secreção. Em geral, se evita aspirar o paciente, mas se apresentar abundante quantidade de escarro, às vezes com odor fétido, não há porque não aspirar as vias aéreas com todo o cuidado (lubrificar a sonda de aspiração mais delicada n.º 10, sem usar muita pressão negativa).
- Butilescopolamina (20-40 mg) e furosemida (40-60 mg) SC/EV/inalada de 6/6h.
- Colírio de atropina 0,05% a 1%: pingar 4 a 2 gotas via sublingual de 8/8h a 6/6h
- Diminuir ou mesmo suspender a hidratação.

#### **6.5. Soluço**

Embora possa parecer uma situação banal, o soluço (DOYLE & HANKS *et al*, 2004) quando prolongado e não controlado pode tornar um sintoma extremamente desagradável e estressante. Há muitas situações que podem causar o soluço, desde distúrbios metabólicos como uremia, irritação direta do músculo diafragma, dos nervos vago e frênico, até afecções do sistema nervoso central. A identificação da sua causa pode permitir um tratamento específico, entretanto, nem sempre a causa é aparente e muitas vezes não há possibilidade de tratamento direcionado a sua causa, como nos casos de tumor de sistema nervoso central de difícil acesso cirúrgico, como no tronco cerebral.

#### **Como controlar**

- O estímulo faríngeo pode ser muito eficaz: segurar água gelada na região posterior da boca, colocar um cateter fino (de O<sub>2</sub>) na orofaringe ou provocar espirros estimulando a mucosa da narina com cotonete.
- Antieméticos como:
  - Domperidona 10 a 20 mg 3 vezes ao dia;
  - Metoclopramida 10 a 20 mg 3 vezes ao dia.
- Baclofeno 5 a 10 mg, 2 vezes ao dia.
- Nifedipina 10 a 20 mg, 2 vezes ao dia.
- Valproato de sódio 250 mg, 2 a 3 vezes ao dia em caso de soluço de origem central.
- Clorpromazina 10 a 25 mg 2 a 3 vezes ao dia em caso de falência de outras medidas.

**6.6. Fadiga e astenia** (DOYLE & HANKS *et al*, 2004; YENNURAJALINGAM & BRUERA, 2007).

É uma queixa freqüente em pacientes com doença avançada, mas antes de atribuir a astenia ou fadiga à doença de base, devemos nos atentar para possíveis causas tratáveis como anemia, infecção, insônia, depressão, hipotireoidismo, hipocalcemia, hiponatremia, hipercalcemia, etc.

### **Como controlar**

#### **Medidas gerais:**

- Evitar atividades que demandam gasto energético considerável ou desnecessário;
- Oferecer alimentos de consistência pastosa ou macia, para não exigir mais esforço do paciente, porém alguns pacientes não toleram este tipo de consistência, então se deve adequar a dieta de acordo com a aceitação do mesmo;
- Rever medicações que poderiam estar contribuindo com a fadiga. Por exemplo: sedativos, diuréticos, opióides;
- Avaliar o aporte calórico-nutricional. O ato de comer, independente do resultado biológico, pode ter efeito “placebo” muito positivo na astenia.
- Adaptar as atividades, de acordo com o padrão da fadiga, ao longo do dia.

#### **Abordagem medicamentosa:**

- Prednisona 40 mg/dia ou outro corticoide na dose equivalente. Efeito dura cerca de 2 a 4 semanas.
- Acetato de megestrol 160 a 480 mg/dia. Efeito dura algumas semanas.
- Ômega-3 - 1 g VO 3 vezes ao dia.
- Metilfenidato: é um psicoestimulante bastante eficaz no tratamento da astenia induzida por opioides, mas pode ser tentado nas outras situações de astenia. Iniciar 5 a 10 mg duas vezes ao dia (ao acordar e no início da tarde). O seu efeito é notável em 1 a 2 dias o até no mesmo dia da introdução do medicamento.

### **6.7. Náuseas e vômitos**

Náuseas e vômitos (DOYLE & HANKS *et al*, 2004; WOOD *et al*, 2007) são sintomas comuns na fase avançada do câncer, ocorrendo em 40-60% nas últimas semanas. São sintomas que causam muito desgaste psicológico e físico, contribuindo negativamente no curso da doença e na qualidade de vida (DOYLE & HANKS *et al*, 2004; WOOD *et al*, 2007).

A história clínica e exame físico são fundamentais para a sua avaliação, fornecendo dados importantes para o diagnóstico etiológico. As causas mais frequentes e que devem ser lembradas são: distúrbios metabólicos, medicamentos, infecções, gastroparesia, gastroenterites, constipação e obstrução intestinal. Em pacientes com câncer com potencial metastático para o sistema nervoso central a hipertensão intracraniana, uma causa de origem do sistema nervoso central precisa fazer a parte do diagnóstico diferencial.

Dos antieméticos disponíveis no nosso meio, a metoclopramida é a mais utilizada. O seu uso está indicado em quase todas as situações, exceto na obstrução intestinal maligna, pois devido a sua ação pró-cinética, pode agravar os sintomas como cólica e vômitos. Pode ser usada nas doses de 10 a 40 mg a cada 4 a 6 horas. Quando usada em doses elevadas, pode ocorrer o parkinsonismo, principalmente em idosos. Haloperidol, uma droga antipsicótica, é um antiemético potente. Pode ser usado 1 a 5 mg a cada 6 a 8 horas. Também pode causar parkinsonismo e mais raramente a síndrome neuroléptica maligna. A ondansetrona e outras antagonistas de 5-HT<sub>3</sub> são antieméticos de escolha para vômitos relacionados à quimioterapia e radioterapia, e um efeito colateral comum é a constipação. As drogas antieméticas de mecanismos de ação diferentes podem ser usadas em combinação.

## **Como controlar**

### **Medidas gerais:**

- Manter um ambiente agradável, calmo, limpo e livre de odores;
- Realizar higiene oral rigorosa e tapotagem ou drenagem de secreções, principalmente, duas horas antes das refeições, quando o paciente apresenta secreção pulmonar abundante;
- Administrar os medicamentos no horário correto, para o controle da dor;
- Ter o cuidado de administrar medicamento antiemético prescrito quarenta minutos antes das refeições;
- Manter decúbito elevado após as refeições;
- Dieta, se tolerada, conforme a aceitação, em pequenas quantidades;
- Oferecer refeições leves;
- Fracionar a alimentação (pequenas porções de alimentos, várias vezes ao dia);
- A dieta deve ser de acordo com a aceitação do paciente;
- Frutas e sucos ácidos melhoram esses sintomas, mas deve-se ter cautela na presença de mucosite, pois estes alimentos podem gerar dor;
- Alimentos mais secos e leves como biscoitos e torradas, alimentos sem gorduras ou molhos são bem aceitos;

- Indicar alimentos gelados, frios ou em temperatura ambiente, pois também possuem melhor aceitação.
- Evitar consumir os alimentos preferidos quando sentir náuseas. Isso poderá criar repugnância ao alimento;
- Evitar excesso de líquidos nas refeições;
- Consumir pequenas quantidades de líquidos frescos ou gelados ao longo de todo o dia.

#### **Controle farmacológico dos sintomas:**

- Metoclopramida - 10 a 30 mg VO/SC de 8/8 horas ou de 6/6 horas. Se não tolerada, usar via SC. Evitar em caso de obstrução intestinal acompanhada de cólica.
- Haloperidol – 1 a 2,5 mg de VO/SC 12/12h ou de 8/8 horas. Se não tolerada, usar via SC.
- Ondansetrona - 4 a 24mg VO/SC 1 a 3 vezes ao dia (não é mais eficaz do que metoclopramida, exceto nas situações relacionadas à quimio ou radioterapia). Se não tolerada, usar via SC.
- Levomepromazina – 6,25mg a 25mg VO/SC 1 a 2 vezes ao dia (ação em receptores dopaminérgicos, histaminérgicos, serotoninérgicos e anticolinérgicos)
- Dexametasona – 4 mg VO/SC de 12/12h ou de 6/6h em caso de vômitos relacionados a quimioterapia, hipertensão intracraniana ou suboclusão intestinal.
- Dimenidrinato – 12,5 a 50mg VO/SC de 12/12h a 6/6h. Cuidado com efeitos anticolinérgicos, ação interessante nos vômitos de causas vestibulares
- Benzodiazepínicos, por exemplo, lorazepam 0,5 a 2 mg VO 1 a 4 vezes ao dia em caso de ansiedade.

**6.8. Obstrução intestinal maligna** (DOYLE & HANKS *et al*, 2004; MERCADANTE *et al*, 2004; LAVAL *et al*, 2006).

Ocorre com frequência em pacientes com câncer abdominal e pélvico avançado, em especial de origem intestinal e ginecológica. Quando uma intervenção cirúrgica não é viável, uma abordagem farmacológica pode oferecer um bom controle sintomático e não é raro os pacientes sobreviverem longos períodos (semanas ou até meses), pois a obstrução geralmente não é completa (suboclusão). Desde que tolerado, os pacientes podem ingerir pequenas quantidades de alimentos e líquidos. É fundamental afastar outras causas que possam simular o quadro, em especial, constipação secundária a drogas (principalmente opióides) ou distúrbios hidroeletrólíticos (p. ex: hipercalcemia). Lembrar que o quadro de obstrução intestinal pode ser uma condição passível de abordagem cirúrgica.

## Como controlar

- Em caso de obstrução intestinal sem indicação de cirurgia:
  - **Anti-secretor:** escopolamina SC, na dose de 10 a 30 mg - 3 a 4 vezes ao dia;
  - **Antieméticos:**
    - Haloperidol SC, 2,5 a 5 mg – 2 a 3 vezes ao dia;
    - Levomepromazina SC 6,25 a 25 mg – 1 a 2 vezes ao dia;
    - Metoclopramida SC, 10 a 30 mg – 3 a 4 vezes ao dia. É utilizada nos casos de suboclusão. A dose máxima pode chegar a 2 mg/kg/dia. Como se trata de um pró-cinético, pode agravar cólicas, devendo ser suspensa;
    - Ondansetrona SC 8 a 24 mg ao dia – 1 a 3 vezes;
    - Dexametasona 8 a 16 mg SC dividida em 2 a 4 vezes ao dia. Além do seu efeito antiemético, é um antiinflamatório potente e reduz, mesmo que temporariamente, o efeito de massa tumoral e edema da parede intestinal;
    - Octreotide 100 - 200 mg SC 8/8h. É uma droga que antagoniza a ação do peptídeo intestinal vasomotor (VIP) e diminui drasticamente a secreção intestinal e aumenta a reabsorção, diminuindo a pressão intraluminal e da parede intestinal. É droga de grande valor no manejo de obstrução intestinal maligna e, se disponível, deve ser introduzida precocemente. Uma das barreiras para seu uso é o custo elevado.

Obs: Considerar gastrostomia ou jejunostomia (drenar conteúdo gástrico ou intestinal), caso o estado geral do paciente permita e que o tempo de sobrevivência seja razoável para se beneficiar do procedimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ALVES NETO O (Org.). **Dor**: princípio e prática. Porto Alegre: Artmed. 2009.

AMERICAN THORAX SOCIETY. Dyspnea: mechanisms, assessment and management: a consensus statement. **Am. J. Respir. Crit. Care Med.** [s.l.;s.n], v. 159, p. 321-340, 1999.

ANVISA. Resolução nº 202, de 18 de julho de 2002. Determina que a Notificação de Receita "A" não será exigida para dispensação de medicamentos à base das substâncias morfina, medatona e codeína, ou de seus sais, a pacientes em tratamento ambulatorial, cadastrados no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde. Os medicamentos narcóticos codeína, morfina e metadona podem passar a ser prescritos em receituário comum, em duas vias. Republicada por ter saído com incorreção, do original. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 138, 19 jul. 2002.

ARNSTEIN, P.; BLOUIN, G.; BLINDERMAN, C. **Massachusetts General Hospital Clinical Practice Recommendations Methadone for Pain Management**. Disponível em: <<http://www2.massgeneral.org/painrelief/methadonePainGuide22509.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2010.

BALLANTYNE, J. C. **The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management**. 3 Edition, 2006.

BEAUCHAMP, T. L. Looking back and judging our predecessors. **KIE Journal**, [s.l], v. 6, n. 3, p. 253, 1996.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 4. ed. New York: Oxford: 1994. 454p.

BOOTH, S.; MOOSAVI, S. H.; HIGGINSON, I. J. The etiology and management of intractable breathlessness in patients with advanced cancer: a systematic review of pharmacological therapy. **Nature Clinical Practice Oncology**, [s.l.;s.n.], v. 5, p. 90-100, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº738 de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a inclusão da assistência domiciliar e hospital dia geriátrico no FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.439 de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 8 dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 27 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 249 de 16 de abril de 2002. Estabelece a Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial que seria desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 17 abr. 2002.

BRUERA, E. et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. **J. Palliat. Care**, v.7, n.2, p. 6-9, 1991.

CALMAN, K. Ethical Issues. In: DOYLE, D. et al. **Oxford textbook of palliative medicine**. 3. ed. Oxford - UK: Unvierity Press, 2005.

CASTRO, M. M. C. et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 56, n. 5, p. 470-477, jul./ago. 2006.

CASTRO, M. M. C. et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 56, n. 5, p. 470-477, set/out. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942006000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942006000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 dec. 2008. doi: 10.1590/S0034-70942006000500005.

CLEMENS, K. E.; KLASCHIK, E. Effect of hydromorphone on ventilation in palliative care patients with dyspnea. **Support Care Cancer**, v. 16, p. 93-99, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em: 19 ago. 2010.

COUNCIL OF EUROPE (COE). Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. **Recommendation Rec (2003) 24**. 860th meeting of the Minister's Deputies, 12 nov. 2003.

DAVIES, E.; HIGGINSON, I. J. **Palliative care**: the solid facts. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2004.

DOYLE, D. et al (Eds.). **Oxford textbook of palliative medicine**. 3. ed. New York: Oxford Univesity Press, 2004.

DOYLE, D. et al. (Eds). **Oxford textbook of palliative medicine**. Oxford: New York, 2004.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. The quality of death: ranking end-of-life care across the world. **The Economist Intelligence Unit**. London, New York, Hong Kong, 2010. Disponível em: <[http://graphics.eiu.com/upload/QOD\\_main\\_final\\_edition\\_Jul12\\_toprint.pdf](http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2010.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos**. Anexos. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2008.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução. **Cad. Saude Publica**, [s.l.], v. 20, n. 4, p. 986-994, 2004.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 9, p. 2072-2080, set. 2007.

FRANKL, V. **Mans's search for meaning**. London: Hodder & Stoughton; 1962. Letras; 2005.

GLARE, P.; CHRISTAKIS; NICHOLAS, A. **Prognosis in advanced cancer**: illustrated ed. Oxford University Press, 2008.

GLARE, P.; VIRIK, K.; JONES, M. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. **BMJ**, [s.l.;s.n.], v. 327, n. 26, 2003.

GOMEZ, S. M. et al. Control de sintomas em el enfermo com câncer terminal. In: IMEDIO, E. L. **Enfermeria em cuidados paliativos**. Madrid: Medica Panamericana, 1998.

GOODMAN, F.; JONES W.; GLASSMAN, P. **Methadone dosing recommendations for treatment of chronic pain**. Disponível em: <<http://www.pbm.va.gov/Clinical%20Guidance/Clinical%20Recommendations/Methadone,%20Dosing%20Recommendations.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2010.

GORT, A. et al. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. **Medicina Clinica**, [s.l.], v. 124, n. 17, p. 651-653, 2005.

HAGGERTY, J. et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among canadian experts. **Ann. Fam. Med.** [s.l.], n. 5, p. 336-344, 2005. DOI: 10.1370/afm.682.

HARRIS, J. D. Management of expected and unexpected opioid-related side effects. **Clin. J. Pain**. [s.l.;s.n.], p. 8-13, may 2008. (Suppl. 10)

HAYS, L. et al. Use of methadone for the treatment of diabetic neuropathy. **Diabetes Care**, [s.l.], v. 28, n. 2, p. 485-487, feb. 2005.

KRANTZ, M. et al. QTc interval screening in methadone treatment. **Ann. Intern. Med.** [s.l.;s.n.], v. 150, p. 387-395, 2009.

KRUGER, L.; WERLANG, B. O genograma como recurso no espaço conversacional terapêutico. **Aval. psicol**, [s.l.], v. 7, n. 3, p. 415-426, 2008.

KUBLER-ROSS, E.; KESSLER, D. **Os segredos da vida**. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2004.

KURTZ, M. E. et al. A Randomized, controlled trial of a patient/caregiver symptom control intervention: effects on depressive symptomatology of caregivers of cancer patients. **J. Pain Symptom Manage**, [s.l.;s.n.], v. 30, p. 112-122, 2007.

LATIMER, E. J. Ethical care at the end of life. **CMAJ**, [s.l.], v. 158, n. 13, p. 1741-1747, 1998.

- LAVAL, G. et al. Protocol for the treatment of malignant inoperable bowel obstruction: a prospective study of 80 cases at Grenoble University Hospital Center. **J. Pain Symptom Manage**, [s.l.], v. 31, n. 6, p. 502-512, jun. 2006.
- MALTONI, M. et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. **J. Pain and Symptom Management**, [s.l.], v. 17, n. 4, p. 240-247, 1999.
- MANFREDONIA, J. F. Prescribing methadone for pain management in end-of-life care. **J. Am. Osteopath Assoc.** [s.l.], v. 105, n. 3, p. 18-21, mar. 2005. (Suppl. 1)
- MERCADANTE, S. Aggressive pharmacological treatment for reversing malignant bowel obstruction. **J. Pain Symptom Manage**, v. 28, n. 4, p. 412-416, oct. 2004.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: \_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998. Disponível em: <[http://www.hupe.uerj.br/cd-2008/documentos/artigo\\_perda\\_dimensao\\_cuidadora.pdf](http://www.hupe.uerj.br/cd-2008/documentos/artigo_perda_dimensao_cuidadora.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2008.
- NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **Clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain**. 2010. Disponível em: <[http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/pain.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/pain.pdf)>. Acesso em: jul. 2012.
- NATIONAL GLOBAL STANDARD FRAMEWORK CENTRE. **Prognostic indicator guidance**. United Kingdom: National Health System, 2008. Disponível em: <<http://www.goldstandardsframework.nhs.uk/Resources/Gold%20Standards%20Framework/PrognosticIndicatorGuidancePaper.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2010.
- IOELC (Observatório Internacional sobre Cuidados de Final da Vida). Global Development. United Kingdom: IOELC; 2008 Disponível em: [www.ioelc-observatory.net](http://www.ioelc-observatory.net) Acesso em: out. 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da atenção primária em saúde nas américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da saúde. Washington, D.C.: OPAS, 2007. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/renovacao\\_atencao\\_primaria\\_saude\\_americas.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf)>. Acesso em: jul. 2012.
- PESSINI, L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo. Ed. Loyola; 2001.
- PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo. Ed. Loyola; 2004.
- QASEEM, A. et al. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. **Ann. Intern. Med.** [s.l.;s.n.], v. 148, p. 141-146, 2008.
- REZENDE, V. L. et al. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [s.l.;s.n.], v. 27, p. 737-743, 2005.
- ROKACH, A. Caring for those who care the dying: coping with demands on palliative care workers. **Palliative and Supportive Care**, [s.l.], n. 3, p. 325-32, 2005.

SAUNDERS, C. Foreword. In: DOYLE, D. et al. **Oxford textbook of palliative medicine**. Third Edition. Oxford - UK: University Press, 2005.

SAUNDERS, D. C. Into the valley of the shadow of death. A personal therapeutic journey. **BMJ**, [s.l.;s.n.], v.313, p. 1599-1601, 1996.

SHIPMAN, C. et al. Improving generalist end of life care: national consultation with practitioners, commissioners, academics, and service user groups. **BMJ**, [s.l.;s.n.], v. 337, p. 1720. 2008. doi:10.1136/bmj.a1720.

ST. CHRISTOPHER'S HOSPICE. **Dame Cicely Saunders, founder and President of St. Christopher's Hospice, dies.** Disponível em: <<http://www.stchristophers.org.uk/page.cfm>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, 2002. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/atencao\\_primaria.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/atencao_primaria.pdf)>. Acesso em: jul. 2012.

TWICROSS, R. **Oral morphine in advanced cancer.** [s.l.]: Beaconsfield Publishers Ltd, 2006. Disponível em: <<http://www.pallium.org.ar/Oral%20Morphine%20RTwycross2006%5B1%5D.doc>>. Acesso em: 6 set. 2010.

URONIS, H. E.; ABERNETHY, A. P. Oxigênio for relief of dyspnea: what is the evidence? **Curr. Opin. Palliat. Care**, [s.l.;s.n.], v. 2, p. 89-94, 2008.

VARGAS-SCHAFFER, G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. **Can. Fam. Physician** [s.l.;s.n.], v. 56, n. 6, p. 514-517, jun. 2010.

VIGNAROLI, E. et al. The Edmonton Symptom Assessment System as a Screening Tool for Depression and Anxiety. **Journal of Palliative Medicine**, [s.l.;s.n.], v. 9, n. 2, p. 296-303, 2006.

WENDT, N.; CREPALDI, M. A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008.

WOOD, G. J. et al. Management of intractable nausea and vomiting in patients at the end of life: "I was feeling nauseous all of the time . . . nothing was working". **JAMA**, v. 298, n. 10, p. 1196-1207, sept. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National Cancer control Programmes: Policies and managerial guidelines world. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer control: knowledge into action.** WHO Guide for Effective Programmes. Geneva: WHO, 2007.

WORLD HOSPICE AND PALLIATIVE CARE DAY. Disponível em: <<http://www.worldday.org/about.asp>>. Acesso em: jul. 2012. 1998.

YAMAGUCHI, A. M. et al. **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar.** Ed. Manole, 2010.

YAMAGUCHI, A. M.; OLIVEIRA, I. B. Visita pré-óbito: preparo e atenção frente à iminência do falecimento. In: \_\_\_\_\_ et al. **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010.

YENNURAJALINGAM, S.; BRUERA, E. Palliative management of fatigue at the close of life: "it feels like my body is just worn out". **JAMA**, [s.l.;s.n.], v. 297, n. 3, p. 295-304, jan. 2007.

## **LEITURA SUGERIDA**

---

### **PARA REFLEXÃO:**

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Garamond, 2004.

RANDALL, F.; DOWNIE, R. S. **The philosophy of palliative care: critique and reconstruction**. Oxford University Press, 2006.

### **PARA ESTUDOS:**

O FIM DA VIDA. Produção de BBC Worldwide Ltd. In: **O Corpo**. São Paulo: Abril, 2001. (Série em DVD, filme 7)

WALSH, T. D et al (Eds.). **Palliative Medicine**. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009.

### **PARA CONSULTA RÁPIDA:**

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em:

<[http://www.paliativo.org.br/biblioteca\\_resultadobusca.php?spublicacao=Livros](http://www.paliativo.org.br/biblioteca_resultadobusca.php?spublicacao=Livros)>. Acesso em: 24 maio 2010.

ESPAÑA. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. **Guia de cuidados paliativos**. Disponível em: <<http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>>. Acessado em: 17 mar. 2010.

OLIVEIRA, R. A. (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. Disponível em:

<[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras\\_pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2010.

## ANEXOS

### Sistema Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS

- Lista 10 escalas numéricas que avaliam a intensidade dos sintomas
- Pontuação de 0 a 10: se pede que o paciente selecione o numero que melhor indique a intensidade de cada sintoma, sendo zero, o mínimo sintoma e dez, o máximo sintoma.
- Aplicabilidade em período de tempo determinado de acordo com a rotina dos serviço ou segundo a condição do paciente(diária, dias intercalados, semanal)
- Escala aplicada por profissional médico ou enfermeiro

Mínimo sintoma	Intensidade	Máximo sintoma
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dor
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansaço
Sem náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depressão
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedade
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima sonolência
Bom apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem apetite
Maximo bem estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo mal estar
Sem dispnéia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dispnéia
Sem insônia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificuldade para dormir

### Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)

- Questionário que pode ser auto-aplicado com 14 itens, integrado por sub-escalas de 7 itens para depressão e 7 itens para ansiedade
- O paciente devera selecionar para cada item a alternativa que melhor reflete a sua situação na ultima semana
- A HAD é uma escala simples de fácil aplicação
- Pode ser utilizada para detectar mudanças emocionais durante o curso da enfermidade

- Sua validade para detectar enfermidade psiquiátrica definida é limitada
- Pode ser aplicada pelo(a) psicólogo(a) da equipe

**A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:**

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

**D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:**

- 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Não tanto quanto antes
- 2 ( ) Só um pouco
- 3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

**A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:**

- 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte
- 2 ( ) Sim, mas não tão forte
- 1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 ( ) Não sinto nada disso

**D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:**

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Atualmente um pouco menos
- 2 ( ) Atualmente bem menos
- 3 ( ) Não consigo mais

**A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:**

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Raramente

**D 6) Eu me sinto alegre:**

- 3 ( ) Nunca
- 2 ( ) Poucas vezes

- 1 ( ) Muitas vezes
- 0 ( ) A maior parte do tempo

**A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:**

- 0 ( ) Sim, quase sempre
- 1 ( ) Muitas vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Nunca

**D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:**

- 3 ( ) Quase sempre
- 2 ( ) Muitas vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

**A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:**

- 0 ( ) Nunca
- 1 ( ) De vez em quando
- 2 ( ) Muitas vezes
- 3 ( ) Quase sempre

**D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:**

- 3 ( ) Completamente
- 2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes
- 0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

**A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:**

- 3 ( ) Sim, demais
- 2 ( ) Bastante
- 1 ( ) Um pouco
- 0 ( ) Não me sinto assim

**D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:**

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Um pouco menos do que antes

2 ( ) Bem menos do que antes

3 ( ) Quase nunca

**A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:**

3 ( ) A quase todo momento

2 ( ) Várias vezes

1 ( ) De vez em quando

0 ( ) Não sinto isso

**D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:**

0 ( ) Quase sempre

1 ( ) Várias vezes

2 ( ) Poucas vezes

3 ( ) Quase nunca

Presença de ansiedade ou depressão, pontuação maior ou igual a 8

**Escala de Zarit Reduzida**

Para facilitar a quantificação de forma objetiva, podem ser utilizados instrumentos que avaliem o grau de sobrecarga apresentada pelo cuidador. Abaixo segue o modelo da escala de Zarit reduzida que possui grande utilidade na abordagem dos cuidadores:

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/ doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes sempre	Freqüentemente	Quase
1	2	3	4	5
2. Sente-se estressado/ angustiado por ter que cuidar do seu familiar/ doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex. Cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).				
Nunca	Quase nunca	Às vezes sempre	Freqüentemente	Quase
1	2	3	4	5
3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes sempre	Freqüentemente	Quase
1	2	3	4	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/ doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes sempre	Freqüentemente	Quase
1	2	3	4	5
5. Sente que sua saúde tem-se visto afetada por ter que cuidar do seu familiar/ doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes sempre	Freqüentemente	Quase
1	2	3	4	5
<b>6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?</b>				
Nunca	Quase nunca	Às vezes sempre	Freqüentemente	Quase
1	2	3	4	5
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes sempre	Freqüentemente	Quase
1	2	3	4	5

Sobrecarga leve: até 14 pontos

Sobrecarga moderada: 15 – 21 pontos

Sobrecarga grave: acima de 22 pontos