



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

# PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

2021



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO  
SERVIÇO DE ONCOLOGIA CLÍNICA  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

# Protocolo Institucional de CUIDADOS PALIATIVOS

1ª Edição: 24/09/2019

2ª Edição : 31/08/2021

ELABORAÇÃO E REVISÃO:

GEORGE GUEDES PEREIRA

SUPERINTENDENTE

SONIA DA SILVA DELGADO

DIRETORA ASSISTENCIAL

INGRID ANY PESSOA DE A. SOBREIRA  
ENFERMEIRA

ANDREA MARIA DA SILVA  
ENFERMEIRA

TEREZA CRISTINA

ASSISTENTE SOCIAL

JESSIKA MACIEL CRUZ

ENFERMEIRA

VIVIANE RODRIGUES LACERDA

FISIOTERAPIA

ILÁRIA ELIAS B. BRAGA

NUTRICIONISTA



“E fundamental que o paciente se sinta seguro e acolhido em seu ambiente, com a presença continua de alguém querido a seu lado. Alguém amoroso o suficiente para cuidar dos detalhes do seu conforto e, ao mesmo tempo, ter o desapego de permitir uma partida serena e digna”.

*Maria Goretti S. Maciel*



## ABREVIACÕES

AVE–acidente vascular encefálico  
BZD-benzodiazepínico  
CTI–centro de terapia intensiva  
DPOC–doença pulmonar obstrutiva crônica  
EAS–elementos anormais e sedimentos  
Gt-gota  
Hb-hemoglobina  
IAM–infarto agudo do miocárdio  
ICC–insuficiência cardíaca congestiva  
IECA–inibidor da enzima conversora de angiotensina  
IM-intramuscular  
ITU –infecção do trato urinário  
IV/EV–Intravascular/endovenoso  
Kg-quilograma  
Mg -miligrama  
ml-mililitro  
MMII–membros inferiores  
RXT–radioterapia  
SC-Subcutâneo  
SF–Soro fisiológico  
SG–Soro glicosado  
SNC–sistema nervoso central  
TGI–trato gastrointestinal  
TGU–trato geniturinário  
VO – Via oral



## APRESENTAÇÃO

O Instituto Walfredo Guedes Pereira (IWGP), mantenedor do Hospital São Vicente de Paulo, é uma entidade filantrópica, fundada em 1912, que tem desde seu início o compromisso de cuidar e acolher, sendo um hospital de alta e média complexidade, prestando assistência integral, formando e qualificando seus colaboradores, produzindo conhecimento, atuando no Sistema Único de Saúde e valorizando os princípios da Humanização com racionalização de recursos e otimização dos resultados.

Assim, o Projeto da Política de Humanização busca desenvolver ações que, além de serem organizadas de forma a humanizar o atendimento com eficiência e eficácia, busca também garantir os direitos da Universalidade, Equidade e Integralidade da Atenção a Saúde.

O Instituto Walfredo Guedes Pereira assume o compromisso de fazer valer a assistência humanizada aos pacientes oncológicos e valorizar aquele que traz na sua história as marcas de uma vida, tantas vezes, sofrida.

Neste sentido e com a finalidade de definir atuação e articulação de cada profissional nos cuidados com o paciente e apresentar as condutas para controles de sintomas, de acordo com o conhecimento e a experiência da equipe e com base nos conhecimentos técnico-científicos atuais, foi criado este Manual de Cuidados Paliativos para ser utilizado por sua equipe multidisciplinar.

Os Cuidados Paliativos são oferecidos aos doentes para os quais as terapêuticas curativas disponíveis não estão conseguindo deter a evolução da enfermidade, o que prejudica a qualidade de vida, levando gradativamente, a grandes limitações. Estes cuidados têm como objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente, podendo levá-lo ao prolongamento da vida, em virtude do controle das complicações da doença principal e das outras doenças concomitantes.

Em virtude de mudanças frequentes no quadro clínico, o paciente necessita permanentemente de cuidados e terapias diversas, que podem ser oferecidas em ambiente hospitalar ou em domicílio. Recomenda-se que permaneça no local onde possa receber alívio e conforto, onde possa manter alguma motivação para viver, apesar de todas as limitações que apresenta. Sua participação e a da família na tomada das decisões são fundamentais, em todos os momentos.

Como são oferecidos num momento muito delicado, dirigem-se não apenas as necessidades físicas, mas também as necessidades psicossociais e emocionais. Considerando o sofrimento da pessoa nessa fase da doença, pela multiplicidade de sintomas que apresenta, estes “cuidados especiais” demandam, além da capacidade técnica dos profissionais que a acompanham, atenção, carinho, compaixão, empatia, respeito, equilíbrio, escuta ativa e comunicação eficaz. É um período no qual o processo de morrer se configura mais concretamente e, para o qual, o paciente e os membros da família, ou as pessoas que cumprem esse papel muito raramente estão preparados. A família, ao perceber o sofrimento e a possibilidade de uma perda iminente, tende muitas vezes a se desestruturar, razão pela qual também necessita de apoio e orientação. Ela é fundamental nesse momento e deve atuar de



forma sinérgica com a equipe de saúde, buscando a meta comum que é melhorar a qualidade de vida do seu ente querido.

## **ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

A Organização Mundial de Saúde- OMS, com base nos avanços da pesquisa psicológica, médica e fisiológica, definiu a saúde como “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”, (OMS, 2002). A partir disso, surgiu um novo modo de pensar sobre saúde e doença, que nos coloca em posição de procura de novas parcerias para dar conta dessa complexidade que é a assistência e o tratamento de sujeitos singulares, adoecidos, tornando-os o foco de estudos e pesquisas, como objetivo de minimizar o sofrimento. Este novo conceito de saúde exigiu novos processos de especialização, redefiniu novas áreas de atuação e, como consequência, o aparecimento de vários grupos de profissionais e a criação de um Modelo Biopsicossocial de Atenção (Engel, 1976, 1977, 1980, 1987), onde a saúde e a doença são produtos de uma combinação de fatores como as características biológicas, os fatores comportamentais, os fatores psicológicos e as condições sociais.

Com base nestes conceitos o IWGP utiliza uma abordagem multidisciplinar para oferecer assistência aos seus pacientes. Sua equipe utiliza as técnicas próprias de cada profissão e especialidade, razão pela qual elas são apresentadas de forma condensada no Manual.

## **ATUAÇÃO DO MÉDICO**

O paciente com câncer, quando é encaminhado para os Cuidados Paliativos, geralmente já percorreu um longo caminho desde o diagnóstico da neoplasia até o seu tratamento pelas terapêuticas especializadas disponíveis na atualidade.

Nesse período ele desenvolveu vínculos com diversos profissionais, médicos e não médicos, nos quais depositou confiança e que continuam preocupados em oferecer-lhe o melhor. No momento, estes profissionais necessitam da colaboração da equipe de Cuidados Paliativos, voltada essencialmente para o indivíduo, a pessoa doente, e menos para a doença, que tem sido o principal foco dos seus esforços. A primeira abordagem do paciente pela equipe multidisciplinar do IWGP é feita pelo médico. Ele avalia clinicamente o paciente, identifica as suas necessidades nos campos físico, psíquico e social e elabora o PCP (Plano de Cuidados Paliativos), a ser discutido e validado pela equipe. Ele mantém contato como médico que o encaminhou, sempre que necessário, principalmente nas alterações que demandam mudanças no plano terapêutico.

Busca, nas etiologias (estudo dos sinais e sintomas das doenças) desarmada, com o apoio da atuação multidisciplinar e familiar, a conduta mais adequada para o acompanhamento



do paciente em domicílio, enquanto este for possível. Pratica a ciência médica de forma objetiva, oferecendo ao paciente os tratamentos sintomáticos disponíveis mais atuais, de acordo com as suas necessidades e foco na qualidade de vida, evitando instituir procedimentos desnecessários e fúteis, que não agregarão benefícios e resultarão em maiores sofrimentos.

Prescrevem as medicações e realiza os procedimentos indicados para o controle dos sintomas da neoplasia (paracentese e outros) e das morbidades associadas, atuando preventivamente no controle de possíveis complicações da doença e dos tratamentos prévios instituídos.

Recomendam-se internações, sempre que seja indicado cuidado em ambiente hospitalar, mantendo acompanhamento enquanto a sua participação for necessária e autorizada pela seguradora.

Mantém- se alcançável por telefone para as orientações e informações solicitadas pelos familiares e cuidadores, inclusive nos finais de semana, e orienta os profissionais dos serviços de emergência requisitados, por ocasião de intercorrências.

O médico quase dedica aos Cuidados Paliativos reconhece a importância do seu papel onde, apesar de não oferecer a curada doença, traz alívio e conforto, com base em conhecimentos técnico-científicos, dedicação e profissionalismo, especiais.

## **ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO**

O psicólogo, na equipe de cuidados paliativos, utiliza a escuta e a observação para avaliar o comprometimento emocional e os processos mentais do paciente e de seus familiares, ajudando na elaboração dos sentimentos que levam a desmistificação de medos, angústias e frustrações, ligados à situação de doença e de morte.

Oferece suporte visando à elucidação de conflitos e questões, atuais e anteriores, entre o paciente e os seus familiares, investigando os fatores inconscientes do comportamento, para torná-los conscientes e minimiza- los.

Procura facilitar o relacionamento do paciente e dos familiares com os demais membros da equipe do IWGP. Auxilia a família a se sentir capaz de cuidar do seu parente, descobrindo o potencial que tem para assumir esse “cuidar”, ajudando na valorização do momento presente e despertando nela o sentimento e a gratificação pessoal coma tarefa de abnegação e carinho que está vivenciando. Identifica os membros da família que apresentam maior instabilidade emocional, dando a eles suporte adequado para ser estabilizarem emocionalmente, diminuindo a ansiedade e superando o momento que estão vivenciando.

Incentiva o doente a elaborar projetos de curto prazo, com base em pesquisas que mostram pacientes terminais se agarrando à vida, de modo significativo, quando ainda têm projetos inacabados ou desejáveis de realização e, que o medo da morte, na verdade, é o medo de não poder viver o que ainda deseja.



Acompanha o paciente e os familiares durante a progressão da doença, auxiliando numa melhor aceitação do momento que estão vivenciando e acompanha a família durante o período do luto.

Acolhe e oferecem suporte psicológico aos demais membros da equipe, que também sentem as perdas, pois se afeiçoam aos pacientes que acompanham e não podem sentir-se impotentes diante do desfecho final.

## **ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

O Assistente Social integra a equipe de Cuidados Paliativos orientando o acesso aos serviços e benefícios disponíveis são pacientes nessa fase da doença, com foco na sua qualidade de vida. Por meio da avaliação social identifica o perfil do paciente, a sua situação social e trabalhista e se ele e os familiares ou cuidadores, conseguiram internalizar os princípios dos Cuidados Paliativos.

A sua atuação profissional é norteada pela Política Nacional de Humanização e o Código de Ética Profissional e contribui para o acolhimento do paciente e o da família pela equipe multidisciplinar, passo essencial para a efetivação dos cuidados e dos atendimentos oferecidos.

A avaliação social é um instrumento de trabalho utilizado pelo Assistente Social no momento em que o paciente se vincula à Unidade, e tem por objetivo conhecer a dinâmica familiar e orientar os usuários na utilização dos serviços do IWGP.

Ele trabalha respeitando a autonomia do paciente, abordada como um direito. Procura identificar o que mais o preocupa e à família, assim como o desejo de ambos de aprofundarem os conhecimentos sobre a doença e o momento que estão vivendo, transmitindo estas informações à equipe do IWGP. Levanta as condições da família para manter o paciente em casa e como ela se organizou para fazê-lo.

As dificuldades apresentadas pelos usuários na vivência desse processo de adoecimento são analisadas junto com eles e são orientados quanto aos recursos oferecidos pelo IWGP, pelo Plano de Saúde e pelas Políticas de Proteção Social.

São oferecidas orientações sobre procurações, atestados, auxílio-doença, aposentadorias, isenção de impostos, saques do FGTS e do PIS/PASEP, garantidos por lei aos pacientes com câncer ou doenças crônicas e sobre óbito.

## **ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA**

Inserido na equipe multidisciplinar do IWGP, o nutricionista visa o alívio dos sintomas que estão ligados diretamente à alimentação, principalmente os gastrintestinais, tendo em vista





que nessa fase da doença é muito difícil recuperar o estado nutricional do organismo. O seu objetivo primordial é a melhora da qualidade de vida.

A escolha do paciente é sempre levada em consideração no plano de cuidados, respeitando-se os princípios da bioética, em especial o da autonomia, assim como a participação direta dos cuidadores e familiares.

A caquexia do câncer, muito comum nesta fase da doença, é caracterizada, principalmente, pela perda progressiva de peso e a anorexia (falta de apetite). Frequentemente, estes pacientes têm problemas como: disfagia (dificuldade de deglutição), odinofagia (dor à deglutição), disgeusia (alteração do paladar), mucosite (inflamação da mucosa oral), náuseas e vômitos, dispnéia (falta de ar) e outros sintomas que podem levar à redução do consumo alimentar, muitas vezes prejudicado por problemas específicos da localização do tumor e dos tratamentos realizados.

A orientação nutricional propõe as condutas adequadas às queixas do paciente. Ela utiliza as vias de alimentação acessíveis: oral ou enteral (por meio de cateteres ou ostomias, diretamente no trato digestivo), observa as morbidades associadas e as intolerâncias alimentares - dados obtidos por meio de uma anamnese alimentar detalhada - propondo a consistência e o volume da dieta. As restrições alimentares são feitas somente na presença de sintomas e se a ingestão não estiver alterada.

A antropométrica (utiliza as medidas físicas do corpo) como diagnóstica do estado nutricional de pacientes com câncer avançado traz desvantagem se estes apresentarem retenção hídrica e edema, pois disfarça a detecção da perda muscular, o que mais contribui para a sua incapacidade funcional, inclusive psicologicamente, devido às alterações na autoimagem.

De acordo com o “desempenho status” (medida usada para quantificar o bem-estar geral dos pacientes), em algum momento do tratamento pode ocorrer à suspensão ou a não indicação da alimentação por via oral ou alternativa, com o objetivo de não causar sofrimento ou piorar o quadro clínico, evitando a futilidade terapêutica, e priorizando o conforto. Nestes casos, a discussão envolve toda a equipe multidisciplinar e os cuidadores e familiares que participam dos cuidados.

A alimentação deve ser fornecida conforme a tolerância, juntamente com o suporte emocional, respeitando as necessidades e as preferências individuais. Dessa forma, os aspectos agradáveis da alimentação devem ser enfatizados e os esforços voltados para transformar o momento das refeições em algo prazeroso e sociável, sem a preocupação com o teor de nutrientes e energia.

O nutricionista demonstra a sua preocupação com o paciente, estando sempre disponível quando solicitado, orientando para a realização de “desejos” dentro do possível, e fazendo todo o esforço para remover o medo e aliviar o sofrimento. Deixa bem claro para ele que, mesmo nessa modalidade de tratamento, está sendo cuidado.



## ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

O paciente, nessa fase da doença, comumente é frágil e as suas funções vão declinando até não mais se recuperarem. O estado de fragilidade o leva à incapacidade para realizar as atividades importantes da vida e as tarefas habituais do dia-a-dia, o que prejudica a sua qualidade de vida.

A avaliação do paciente, realizada pelo fisioterapeuta, é abrangente e observa sinais e sintomas como: dor, linfedema, dispnéia, fadiga, alterações neurológicas etc. Atenta para que fatores importantes não passem despercebidos e para as limitações funcionais que influem na tomada de decisão. Ele ouve as queixas e as necessidades do paciente, discute o caso clínico com a equipe multidisciplinar e desenvolve o plano terapêutico, esclarecendo as ações a serem desenvolvidas à família.

A imobilidade, situação comum, pode levar ao comprometimento gradual do condicionamento físico e da força muscular, bem como da flexibilidade e da capacidade aeróbica, predispondo ao desenvolvimento da síndrome de imobilização. Esta, uma vez instalada, pode levar ao comprometimento da coordenação motora, à retração dos tendões com redução da amplitude de movimento articular e a atrofiados músculos, que passam a apresentar pontos de dor, demonstrando a necessidade da atuação paliativa do fisioterapeuta.

Uma das metas do fisioterapeuta é a preservação da função motora do paciente, adiando a instalação das incapacidades decorrentes da imobilidade resultante da doença, e das comorbidades associadas. Com as técnicas de reabilitação, ele pode ajudar o indivíduo a alcançar uma maior independência funcional, aproveitando as suas potencialidades e respeitando as suas limitações.

A cinesioterapia, ou movimento terapêutico, o principal instrumento da fisioterapia, permite restaurar ou melhorar o desempenho funcional dos segmentos corporais comprometidos, ajudando o paciente a alcançar maior independência funcional.

A fisioterapia possui um enorme arsenal de técnicas, para a melhora da sintomatologia e da qualidade de vida. Dentre as intervenções para o alívio da dor utiliza a eletroterapia com o TENS, a aplicação do frio, as terapias manuais, a massagem etc.

Na fadiga ela atua no manejo dos sintomas e na sua prevenção, por meio do equilíbrio da atividade e do descanso.

No manejo do linfedema a fisioterapia tem um papel relevante, tanto na prevenção quanto no tratamento, por meio de técnicas bem descritas e aceitas na literatura científica, como a Terapia Física Complexa - TFC, que inclui a drenagem linfática, entre outros tratamentos.

Alterações pulmonares como a dispnéia, a atelectasia (fechamento total ou parcial dos alvéolos), o acúmulo de secreções e outros sintomas ou complicações respiratórias podem ser prevenidos, tratados ou aliviados, por meio da fisioterapia respiratória.

Nos sintomas psicofísicos, as técnicas de relaxamento podem ser proveitosas e realizadas em conjunto com o psicólogo. Nas alterações neurológicas seus objetivos são



corrigir as alterações da postura e do equilíbrio, melhorar a coordenação motora, manter a força muscular e evitar encurtamentos.

O fisioterapeuta, nos cuidados paliativos, busca controlar os sintomas, educar e orientar os cuidadores e familiares, maximizar as habilidades funcionais e manter o máximo possível a autonomia do paciente, visando a sua independência funcional.

Ele valoriza as pequenas realizações do dia a dia e as divide com o paciente, com os seus familiares e com a equipe multidisciplinar.

## **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

As ações do enfermeiro compreendem, em sua essência, o cuidado em si, independente do objetivo do tratamento ser preventivo, curativo, de reabilitação ou paliativo. A enfermagem é a arte de cuidar de doentes, com compromisso, sinceridade e conhecimento técnico-científico, necessária a todo ser humano em algum momento ao longo da sua vida.

Nos cuidados paliativos o enfermeiro desenvolve ações de diferentes abrangências quando o paciente encontra-se internado ou em domicílio onde, na maioria das vezes, ele é acompanhado por cuidadores - familiares ou não - ou técnicos de enfermagem. Neste ambiente ele traça o plano de cuidados, orienta o uso das medicações, de acordo com a prescrição médica, para facilitar sua administração a intervalos, faz e orienta a realização de curativos, coloca sondas e cateteres - orientando sobre o seu manuseio diário - aplica hidratação parenteral e subcutânea, entre outros.

Orientação adequada da residência para facilitar a mobilização do doente e sobre os cuidados de higiene a serem oferecidos e mostra a importância de proporcionar-lhe um ambiente agradável e organizado.

Apesar das diversas limitações e incapacidades que o paciente apresenta nessa fase da doença, o enfermeiro, por meio da demonstração e da educação, procura estimular e promover as adaptações necessárias ao autocuidado, em respeito à preservação da autonomia e da dignidade humana, favorecendo o desenvolvimento das suas habilidades que possam contribuir para o bem-estar.

O paciente e o cuidador, na prática das ações, apoiando-os física e psicologicamente, sempre que necessário, tendo como principal objetivo o cuidado integral.

Em determinadas situações, promover as condições e estimular o autocuidado pode ser um processo árduo e negado pelo próprio paciente e seus familiares, porque as sequelas da doença ou das terapêuticas instituídas previamente podem provocar alterações na autoconfiança, na autoimagem e na autoestima do doente, que perde a vontade de lutar. Muitas vezes, ele tem que ser estimulado e educado a cuidar de uma colostomia, ou de uma traqueostomia, situações desconhecidas e adversas à sua condição prévia de saúde e bem-estar.



Muitos pacientes se lamentam pelo fato de sempre terem usufruído de uma vida saudável, e hoje encontrarem-se em situação de dependência de outros.

O enfermeiro, assim como toda a equipe de cuidados paliativos, tem uma sensibilidade e conhecimentos especiais, necessários para lidar com estas situações. Ele precisa amar a sua profissão e amar ao próximo, “de gostar de gente” e sua recompensa vem quando, diante das experiências com estas pessoas, evolui espiritualmente como ser humano, valorizando a vida e lutando por ela.

## CONTROLE DE SINTOMAS

As condutas para controle dos sintomas e dos quadros clínicos prevalentes nos pacientes oncológicos, na fase avançada da doença serão apresentadas neste manual, por ordem alfabética. Foram elaborados com base nos conhecimentos técnico-científicos atuais. Com seu caráter multidisciplinar, busca alcançar os resultados esperados de melhora da qualidade de vida dos pacientes sob os seus cuidados.

A evolução clínica será acompanhada através da escala de Capacidade Funcional “Performance Status” (tabela), o que nos permite definir as condutas a seguir relacionadas.

ESCALADEZUBROD		ESCALADEKARNOFSKY	
Estadia	Atividade	%	
0	Normal	100	Nenhuma queixa, ausência de evidencia da doença.
1	Apresenta sintomas da doença, mas deambula e leva o seu dia a dia normal	90	Capaz de levar vida normal, poucos sinais ou sintomas da doença.
		80	Alguns sinais ou sintomas da doença, com o esforço.
		70	Capaz de cuidar de si mesmo, incapaz de levar as suas atividades normais ou de exercer trabalho ativo.
2	Fora do leito mais de 50% do tempo	60	Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de realizar a maioria de suas atividades.

		50	Requer ajuda e cuidados médicos frequentes.
3	No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	40	Incapaz, requer cuidados e assistência especiais.
		30	Muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente.
4	Preso ao leito	20	Muito debilitado; requer hospitalização, medidas ou tratamento de suporte.
		10	Moribundo. Processos letais progredindo rapidamente
5	Morte	0	Morte

Aperfeiçoar e revisar sempre a medicação prescrita. Avaliar o benefício almejado.

### **AGITAÇÃO PSICOMOTORA OU DELIRIUM**

Trata-se de um estado confusional resultante da queda da função mental em curto espaço de tempo. É uma condição muito frequente, principalmente em paciente idosos, agravando-se com o prolongamento da hospitalização e maior dependência. Pode ser caracterizado por distúrbio da consciência, alteração da cognição ou ter etiologia orgânica.

### **CONDUTA TERAPÊUTICA:**

- Fazer uma avaliação clínica global e solicitar exames complementares conforme a necessidade do paciente.
- Corrigir, na medida do possível, alterações desencadeantes.
- Reduzir ou suspender o uso de drogas. Se em uso de opióide, promover rodízio do mesmo; se após suspensão do corticóide, retornar dose prévia.
- Estabelecer medidas para orientar o paciente e cuidador e tranquilizar o ambiente. Prevenir acidentes.
- Evitar cateter urinário e tratar constipação



- Estimular boa alimentação e hidratação
- Tratamento farmacológico – é indicado para os casos em que a agitação é grave, levando risco ao paciente.
  - Benzodiazepínicos – seu uso se restringe aos casos associados à abstinência de álcool ou BZD.
  - Haloperidol (Haldol) – em casos leves iniciar com 0,5 mg, VO/dia e titular a dose conforme a necessidade. Nos casos mais graves fazer 2,5 a 10mg, SCouIM/dia. Administrar IV apenas em casos em que há necessidade de efeito imediato.
  - Risperidona (Risperdal ou Risperidon) – provocam menos efeitos extrapiramidais que o Haloperidol. Iniciar com dose baixa 0,5mg,VO/dia.
  - Também podem ser utiliza dos outros anti-psicóticos atípicos: Olanzapina (Zyprexa) na dose de 2,5 a 5mgVO/dia até 10mg/dia e Quetiapina (Seroquel) na dose inicial de 25mgVO/dia até 400mg/dia.
  - Midazolam (Dormonid) –7,5 até 30mg, VO/dia (SC ou IV em casos graves, pelo risco de depressão respiratória).
  - Dexametasona:16 a 36mg, VO/dia (em metástase cerebral).

## **ALTERAÇÃO DA MUCOSA ORAL**

A xerostomia é a alteração mais comum da mucosa oral em pacientes oncológicos e trata-se do ressecamento da mucosa, sendo muito comum após ródio e quimioterapia. Outra causa pode ser por fármacos. Acarreta perda da ingestão oral, aumenta doença periodontal, causando ainda desconforto social e predisposição a infecções.

## **CONDURA TERAPÊUTICA:**

- Aumentar ingestão hídrica.
- Manter a boca sempre úmida e utilizar substitutos de saliva. Manteiga de cacau nos lábios.
- Higiene bucal com escovação de dentes e língua e aplicação de flúor, promovendo desta forma o conforto, controle da dor e autoestima.
- Realizar higiene diária da prótese dentária se fizer uso.
- Evitar alimentos ácidos, condimentados com taxa elevada de glicose.
- Dar preferência alimentos gelados e de consistência líquida ou pastosa.
- Rever medicações de uso.
- Tratamento farmacológico:
  - Úlcera infectada – Metronidazol 250mg, VO/8/8h por 7 dias
  - Mucosite - Nistatina 5 a 10 ml, com 5ml de Lidocaína gel, em 10 ml de água (diluir, bochechar e engolir) /4 vezes ao dia.
  - Candidíase – Nistatina 3 gotas, VO/ 4 a 5X dia, e/ou Fluconazol 150mg, VO/dose única.



-Herpes Zoster e Simples – Acyclovir 200 mg, VO/ 5xdia /5dias. Estomatite aftosa –  
orticóide tópico

## **ANOREXIA**

Estudos demonstram que o apetite e a habilidade de comer são mais importantes do que a força física e habilidade de trabalho. Porém, a perda de apetite é o segundo sintoma mais comum em paciente com câncer avançado. O apetite e a ingestão alimentar são fatores importantes na qualidade de vida para o paciente, levando-o a um intenso desconforto e sofrimento quando há impossibilidade de se alimentar, seja em decorrência da anorexia, fadiga, obstrução da via alimentar.

## **CONDUTA TERAPÊUTICA**

- Dê preferência a alimentos frios em caso de náuseas.
- Estimular a ingestão de pequenas quantidades de alimentos do agrado do paciente a intervalos regulares (a cada 2 horas).
- Evitar restrição dietética.
- Levar em consideração no processo de decisão da terapêutica a ser instituída, a patologia, o estado da doença, o estado nutricional e a taxa de albumina.
- Lavar a sonda com no mínimo 20ml de água, antes e após a alimentação ou medicação.
- Manter a cabeceira do leito elevada, durante a administração do alimento, ou do líquido, incluindo os trinta minutos após, para evitar bronco aspiração;
- Administrar uma medicação de cada vez.
- Os alimentos e água devem estar em temperatura ambiente e em consistência adequada para evitar que a sonda entupa.
- Seguir as orientações do nutricionista acerca do preparo artesanal dos alimentos.
- Tratamento farmacológico:
  - Corticóide– (ação anabolizante) dexametasona 6mg / dia ou prednisona 5 a 15mg/dia VO– por curto prazo, cerca de 1 mês.
  - Metoclopramida -(favorece o esvaziamento gástrico) 10mg VO antes das refeições.
  - Megestrol–(ação anabolizante)160mg/dia VO.

## **ANTIBIOTICOTERAPIA**

Em alguns casos, a infecção é parte natural do processo e o uso de antibióticos não altera o prognóstico podendo causar ainda reações adversas, e por isso, deve ser utilizado apenas em casos de infecções tratáveis.

## **CONDUTA TERAPEUTICA NOS PRINCIPAIS CASOS INFECCIOSOS**

- Pneumonia:





Comunitária - Amoxicilina +/- Clavulanato, Azitromicina, Fluoroquinolona (Levo ou Gatifloxacin), Cefalosporinas de segunda geração (Cefprozil ou Cefuroxime). Avaliar a cobertura para anaeróbios em casos de broncoaspiração.

No paciente hospitalizado - Ceftriaxone +/- Macrolídeos (Azitromicina ou Claritromicina), Ceftazidime, Ticarcilina com Clavulanato, Piperacilina com Tazobactam Carbapenêmicos (Mero ou Imipenem), conforme a gravidade.

No paciente neutropênico-Cefepime, Piperacilina com Tazobactam e Meropenêmicos. Associar Vancomicina se houver história de MRSA e possível infecção por via venosa. Considerar fungos e avaliar início de Fluconazol. Descartar tuberculose.

- Infecções urinárias:

Baixa: Sulfametoxazol – Trimetoprim (SMT) - a resistência já ultrapassou 20%), Quinolonas (Norfloxacin, Ciprofloxacin), Nitrofurantoína. Penicilinas apenas se guiadas pelo antibiograma.

Alta: Quinolonas (Ciprofloxacin, Levofloxacin, Gatifloxacin). Em casos selecionados: Cefalosporinas de terceira geração, Ampicilina +Gentamicina, Piperacilina com Tazobactam, Carbapenêmicos, conforme a gravidade e o grau de resistência.

- Úlceras de decúbito:

O tratamento antimicrobiano só está indicado quando houver celulite extensa ou ter como origem um quadro séptico. Usar Cefalosporinas+Metronidazol ou Clindamicina; Ampicilina + Amicacina + Metronidazol (maiores efeitos colaterais e resistência com este esquema); Piperacilina com Tazobactam e Carbapenêmicos, conforme a gravidade e o grau de resistência. Não realizar swab, pois é sempre polimicrobiano. Se necessário, enviar uma biópsia do tecido para cultura.

## ASCITE

Ascite é o acúmulo de líquido na cavidade peritoneal, de característica patológica. Apresenta-se inicialmente como um desconforto abdominal não específico, associado a emagrecimento e aumento da circunferência abdominal, podendo ser acompanhado de náuseas ou vômitos. Tem como causa mais comum a hipertensão portal, secundária à doença hepática crônica (80% dos casos). No restante, as causas mais comuns nos pacientes com câncer avançado são: a tuberculose peritoneal, as doenças inflamatórias do peritônio, as rupturas de ductos digestivos auxiliares (pancreático, biliar, quiloso) e a ascite por neoplasia no abdome, (primária ou metastática). Dois terços dos casos de ascite maligna ocorrem por carcinomatosa e peritoneal em neoplasias de ovário, útero, pâncreas, cólon, pulmão e mama. O restante deriva de hipertensão portal ou obstrução linfática devido ao hepatocarcinoma ou a múltiplas metástases hepáticas.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

- Inspeccionar e percussir o abdome;
- Realizar ausculta pulmonar e verificar os sinais vitais;
- Observar o desenvolvimento do quadro, com mensuração periódica do perímetro abdominal;
- Realização de ultrassonografia do abdômen, caso o exame físico não seja claro.





- Identificar sinais que evidencie a necessidade de realização de paracentese, tais como, dispnéia, desconforto, náuseas e vômitos;
- Manter a cabeceira elevada afim de minimizar a compressão no diafragma e o desconforto respiratório;

## **CONSTIPAÇÃO INTESTINAL**

Identificado geralmente pela presença de pelo menos duas das seguintes características: Fezes endurecidas; Sensação de evacuação incompleta; esforço para evacuar, sensação de obstrução anorretal; necessidades de manobras manuais para facilitar a evacuação e menos de três episódios de evacuação por semana. Os sintomas de constipação também podem ser acompanhados por vômitos, dor abdominal, diarreia paradoxal, incontinência urinária, tenesmo, obstrução intestinal.

Tem como uma das principais causas o uso de opióides, podendo também ser causada por causas funcionais, tais como baixa ingestão hídrica ou de fibras, imobilidade. Relacionada à doença de base, ou mesmo Síndrome de anorexia-caquexia.

## **CONDUTA TERAPEUTICA**

- As medidas não farmacológicas devem ser adotadas sempre que possível como ingestão hídrica e de fibras adequada, estímulo a mudança de decúbito e a deambulação;
- Prover a privacidade e o conforto no ato de evacuação.
- Orientar a realização de massagem de conforto na região abdominal, que pode ser realizada pelo próprio paciente ou cuidador;
- Medicamentos – instituir o uso de laxativos quando as medidas não medicamentosas não surtirem efeito;
- Na ausência das fezes na ampola retal, sempre descartar a possibilidade de obstrução intestinal, antes de indicar os laxativos osmóticos ou estimulantes.

## **CORTICÓIDES – EFEITOS ADVERSOS**

### **DEPRESSÃO**

É um sintoma muito comum em pacientes com câncer. Podem emetizar outras doenças ou sintomas físicos, o que pode aumentar a morbidade e os custos relacionados ao acompanhamento clínico.

Deve ser tratada mesmo na fase avançada da doença oncológica, principalmente se houver perspectiva de melhora da qualidade de vida e/ou quando a sobrevida estimada não for muito curta. Isto se deve ao fato de que os antidepressivos têm seu efeito iniciado somente a partir da segunda semana de uso, sendo precedido pelos efeitos colaterais.



Segundo os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a depressão ocorre com, pelo menos, dois critérios principais e quatro adicionais:

Sintomas principais: humor depressivo, perda do interesse e/ou do prazer e astenia.

Sintomas adicionais: perda da auto-estima, idéias de culpa ou desvalorização, idéias de morte, projeto ou tentativa de suicídio, dificuldades da atenção ou da concentração, alteração da atividade psicomotora, transtornos do sono e alteração do apetite com modificação do peso.

Levando-se em conta que em 70% dos casos os distúrbios de ansiedade podem coexistir com os depressivos, nos casos de pacientes oncológicos e observando que Câncer avançado, dor, história prévia de depressão ou alcoolismo, uso de corticoides, bloqueadores H2, psicotrópicos (principalmente benzodiazepínicos), levodopa, anticonvulsivantes, múltiplas comorbidades, doenças neurológicas como AVE e Parkinson, incontinência urinária/fecal e deficiência nutricional (folato, B12), podem ser causas da depressão.

## **CONDUTA TERAPÊUTICA**

- Abordagem multidisciplinar ao paciente e sua família, levando em conta as necessidades psicológicas, físicas, nutricionais, de mobilidade e contextuais (família, situação socioeconômica). O contato com eles deve ser freqüente, em busca de uma relação construtiva e de confiança. Muitas vezes o paciente tem consciência do seu problema e não o verbaliza espontaneamente. Pacientes depressivos têm maior risco de não adesão à terapêutica proposta pela equipe.
- Informar ao paciente a sobre a necessidade da continuidade do tratamento, pois é uma patologia tratável, e explicar-lhe que os antidepressivos não causam dependência.

- Medicamentos:

GRUPO	MEDICAMENTO	DOSE INICIAL/ dia (MG) VO	DOSE TOTAL/ dia (MG) VO	PRINCIPAIS EFEITOS INDESEJÁVEIS
Tricíclicos	Amitriplina	25	50 a 100	Efeitos cardiovasculares: hipertensão, taquicardia, arritmia;
	Imipramina	25-50	75 a 100	Efeitos anticolinérgicos: boca seca, dificuldades da acomodação visual, constipação, retenção urinária, taquicardia, confusão mental, sedação e ganho de peso.
	Nortriptilina	25	50 a 100	
Inibidores da Receptação Seletiva Serotonina (IRSS)	Citalopran	10	20 a 60	Efeitos gastrointestinais: anorexia, náusea, vômito e diarreia; Efeitos neurológicos: cefaleia, síndrome extrapiramidal; Perda de peso (Fluoxetina); Síndrome serotoninérgica (rara): dor abdominal, diarreia, hipertermia, letargia, mudanças do comportamento, tremor, insuficiência renal, choque e morte
	Fluoxetina	20	20 a 40	
	Paroxetina	20	20 a 60	
	Sertralina	25	50 a 100	
Outros	Venlafaxina			Sedação, hipertensão ortostática, raramente transtorno do ritmo cardíaco;
	Trazodona	50	100 a 300	boca seca, ganho de peso; pode aumentar níveis de colesterol.
	Mirtazapina	15	15 a 45	

## **DERRAME PLEURAL**

É o volume anormal de líquido na cavidade pleural e constitui uma manifestação freqüente em pacientes com câncer avançado. Com o não é uma doença, mas sim uma manifestação de outras doenças, neoplásicas ou não, o seu controle depende do tratamento da doença de base. Nos derrames decorrentes de neoplasias refratárias aos tratamentos oncológicos, o alívio dos sintomas é alcançado por meio da drenagem do líquido pleural, com ou sem pleurodese.

## **CONDUTA TERAPÊUTICA**

- Toracocentese – é o método utilizado para a drenagem do líquido pleural. É realizada pela introdução de uma agulha ou cateterismo espaço pleural, através da pele e da parede torácica. É indicada quando há alteração da função respiratória, devido ao volume do derrame pleural e o colapso pulmonar. As contra indicações são: diátese hemorrágica incorrigível e uso de terapêutica anticoagulante. O procedimento deve ser realizado por médico em ambiente hospitalar;
- Organograma terapêutico para derrame pleural neoplásico redicivante e sintomático (em paciente com Karnofsky > 70%)
  - Com expansão pulmonar pós-toracocentese, drenagem ou pleuroscópa + pleurodose:  
Em pleurodose eficaz - resolução do processo  
Em pleurodose ineficaz considerar: repetir a pleurodose; fazer uso de cateteres de longa duração; realizar toracocenteses seriadas, fazer shunt pleuroperitoneal.
  - Sem expansão pulmonar pós-toracocentese, considerar: o uso de cateteres de longa duração.

## **DIARREIA**

Alteração na consistência das fezes (pastosas ou líquidas) ou aumento na frequência das evacuações. Não é um dos sintomas mais prevalentes entre pacientes em cuidados paliativos (ocorre em 5% a 10% dos pacientes com câncer avançado), porém pode ser muito debilitante, contribuindo para a desidratação, distúrbios eletrolíticos, desnutrição, queda da imunidade e formação de úlcera de pressão.

Tendo como causas principais em cuidados paliativos são: drogas, principalmente laxativos em excesso, os antibióticos, antiácidos, quimioterapia, ante neoplásica e a reposição de ferro; radioterapia; obstrução intestinal (diarreia paradoxal); síndromes disarbsotivas devido à insuficiência pancreática e a ressecção ileal; infecções intestinais agudas ou crônicas; sangramento gastrointestinal; alimentação enteral.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

- Mediadas gerais: hidratação oral ou parenteral, quando necessário avaliar reposição de potássio, alterações dietéticas, uso de agentes formadores de massa (ex: psyllium®) que ajudam a aumentar a consistências das fezes, que devem ser evitados na suspeita de diarreia infecciosa;
- Tentar identificar doença de base tratável;
- Promover condições favoráveis para higiene, segurança e conforto do paciente;
- Estabelecer relação de pudor e respeito;
- Manter observação sobre sinais e sintomas relacionados com a alteração hidroelétrica provocada pela diarreia.
- Controlar a dor;
- Instituir media para manutenção da integridade cutânea, principalmente se o paciente estiver acamado: troca de fralda a cada evacuação;
- Nas situações continenciadas fezes; limpeza delicada com uso de algodão e água morna; manter a região perineal seca e protegida com pomada de óxido de zinco, manter lençóis limpos e esticados, mudar frequentemente o decúbito; fazer uso do colchão caixa de ovo;
- Caso o paciente esteja hospitalizado, controlar o fluxo da dieta enteral com o auxílio de bomba infusora;
- Avaliar necessidades de repor potássio;
- Medicamentos:
  - Opióides – como medida geral antidiarreica. Reduzem a peristalse e aumentamos tônus do esfíncter anal. Ex: codeína 10 a 60mg VO a cada 4h; iniciar com 4mg VO e fazer 2mg VO após cada episódio diarreico.
  - Enzimas pancreáticas e bloqueadores H2 - para diarreia associada a insuficiência pancreática.
  - Colestiramina – para controle da diarreia associada à disabsorção por obstrução biliar, ressecção ileal, doença hepática, e enterite actínica. Dose: 4g VO 3x/dia.
  - Octreotide - pode ser eficaz na diarreia secretória associada ao tumor carcinoide, quimioterapia e AIDS. Dose: 0,3 a 1,2mg /dia SC.
  - Super crescimento bacteriano – norfloxacin ou amoxicilina+clavulanato.
  - Corticoides - podem ser úteis para reduzir o edema na pseudo-obstrução intestinal e na enterite actínica.

## DISPNÉIA

Sendo um sintoma subjetivo que ocorre em aproximadamente 60 a 70% dos pacientes com câncer avançado, o grau de dispneia pode não estar diretamente relacionado a severidade do quadro clínico, por este motivo é necessário avaliar a causa base.



## CONDUTA TERAPÊUTICA

- Na dispneia do câncer avançado é preconizado o uso de nebulização com morfina.
- Usar morfina 2,5mg associado a dexametasona 2mg (a dose da morfina pode ser aumentada até 50mg) diluído em 2,5ml de SF 0,9% para evitar o causado pela ABD.
- Associar fenoterol se houver ausculta com broncoespasmo não aliviado pelo corticoide.
- Quando sem resposta a morfina tentar nebulização com furosemida 20ml.
- Manter a cabeceira elevada, preferencialmente o paciente sentado e o ambiente bem ventilado.
- Se com hipoxemia, indicar oxigenoterapia:
  - A indicação é definida pela coleta de amostra de sangue arterial, com o paciente em ar ambiente, para a realização de gasometria. O único critério para a indicação deste tipo de tratamento foi definido como a hipóxia em ar ambiente com  $PaO_2 < 85 \text{ mmHg}$ . A administração do  $O_2$  é feita sob cateter nasofaringe.

## DISTÚRPIO DO SONO

A insônia ocorre em 29 a 59% dos pacientes com câncer avançado. Sendo comum a inversão do ciclo sono-vigília. É necessário rever a causa base como dor, náusea, dispneia, medo ou ansiedade, medicamentosa (corticoide, teofilina, diuréticos, propranolol e metildopa, sedação diurna, uso de álcool, cafeína e cigarro).

## CONDUTA TERAPEUTICA

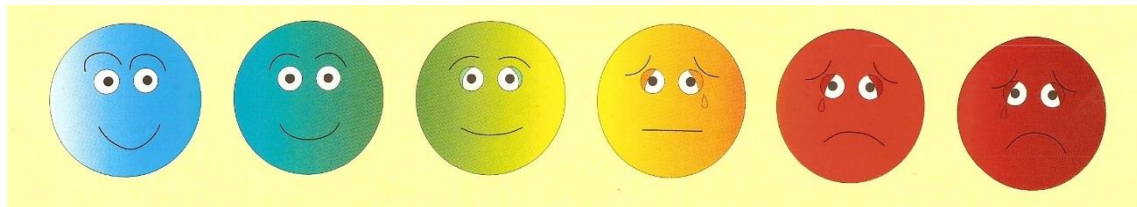
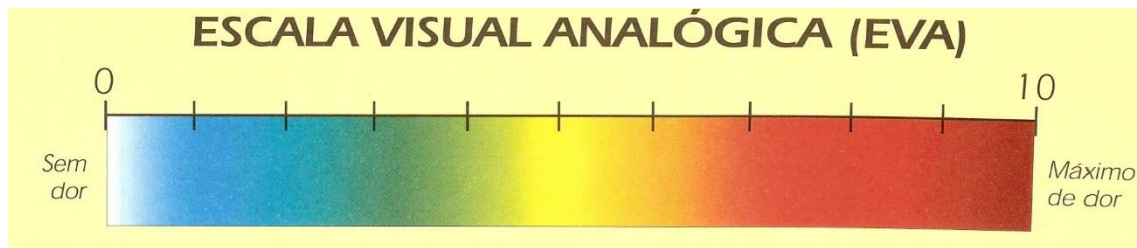
- Tentar eliminar as causas desencadeantes.
- Promover tranquilidade no ambiente
- Medicações:
  - Benzodiazepínico 10mg;
  - Associar opioide noturno se com dor;
  - Associar antidepressivo se com dor (amitriptilina 25mg 2h antes de deitar);
  - Haldol 0,5 a 2mg a noite se com delírio.

Atenção: se usar corticoide ou diurético, fazer dose única pela manhã.

## DOR

Trata-se de um sintoma frequente e subjetivo, que pode ou não estar associado a um dano real ou potencial dos tecidos. Pode ser quantificada com o auxílio da Escala Visual Analógica (EVA). A escala EVA pode ser graduada por números de 0 a 10, por cores ou por faces.

O conceito de “DorTotal” aborda a necessidade de uma visão holística, sendo assim a dor pode vir ou não acompanhada de sofrimento e por esse motivo, a EVA é multifatorial, pois não aborda apenas os aspectos físicos da dor, tal como ocorre em todas as outras avaliações em Cuidados Paliativos.



Tipos de dor:

- Neuropáticas:

Os plexos nervosos (braquial lombar e sacro) podem ser afetados pela evolução direta do tumor ou pela invasão linfática. Os nervos periféricos são atingidos por infiltração tumoral direta ou fratura patológica em local próximo. O mais comum ocorre devido à invasão nos espaços intercostais para vertebrais e retro peritoneais.

- Visceral:

Decorre comumente da invasão de vísceras ocas com prejuízo da função vísceras solidas, provocando aumento do volume e distensão capsular.

- Somática:

- Consequente ao tratamento:

Cirurgia: lesão de nervos, inter costobraquias nas mastectomias, neuralgia intercostal nas toracotomias, neuralgia após esvaziamento cervical ou amputação de membros.

Quimioterapia e radioterapia: mielopatia pós-irradiação, plexo patiaactínica cefaleia e neuropatia pós-QT, mucosites.



É necessário que se faça a avaliação do paciente como um todo, ou seja, o perfil psicológico, social, a dependência prévia de drogas, comorbidades, estado clínico geral, etc.

A qualidade de vida do paciente deve sempre ser considerada no decorrer do tratamento.

## **CONDUTA TERAPÊUTICA**

- A primeira abordagem terapêutica aplicada ao paciente é o esquema proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conhecido como “escala analgésica”, ou seja, dor leve, moderada ou intensa.
- As doses medicamentosas devem ser ajustadas de acordo com a idade do paciente (acima de 70 anos) e nos casos de insuficiência hepática ou renal.
- O esquema terapêutico deve seguir horário e a dose estipulados, não devendo esperar o quadro de dor para iniciar analgesia.
- Observar que a dose eficaz varia individualmente.

Obs.: O limite para dose de morfina é o controle do sintoma ou o aparecimento de efeitos colaterais. Nestes casos deve-se controlar sintomaticamente os efeitos colaterais, evoluindo até a substituição alternativa da via de administração ou troca da substância opioide.

Não se deve prescrever o opiáceo fraco com o forte, pois eles competem pelos mesmos receptores.

A intensidade de dor deve ser sempre avaliada através da escala de mensuração, tentando-se para o esquema terapêutico mais simples, optando pela via oral e respeitando a farmacocinética. A opção de realização de procedimento invasivo ablativo pode ser individualmente estudada.

## **CONDUTA TERAPÊUTICA**

- Dor leve: dipirona ou paracetamol associado ou não a anti-inflamatório não esteroide.
- Dor persistente ou leve a moderada: iniciar tramadol ou codeína.
- Dor moderada persistente ou intensa: iniciar morfina de liberação regular que, após titulação da dose terapêutica, pode ser transformada em morfina de liberação lenta. Observar uso de adjuvantes.

Deve-se ficar atento a algumas observações:

- Quando não puder usar opioide via oral, preferir usar a via subcutânea;
- A meperidina não deve ser prescrita para dor causada pelo câncer, pois tem meia-vida muito curta, podendo induzir rapidamente à psicose;





- O uso de morfina no paciente com câncer tem finalidade analgésica, dificilmente provocando dependência psicológica ou depressão respiratória.
- Em caso de vômito como efeito colateral, usar neuroleptico com o haloperidol.
- Os laxativos se molientes devem ser prescritos de forma profilática.
- O resgate para a dor de caráter súbito intermitente pode ser 50 a 100% da dose que se aplica regularmente. Se doses de resgate são frequentemente necessárias, devem ser, após avaliação, durante ao menos cinco dias, somada a dose/dia prescrita regularmente.

#### Equivalências:

- 300mg CODEÍNA VO = 3,6mg MORFINA VO = 1,2mg MORFINA IM/IV/SC.
- 100mg TRAMADOL VO/IM = 60mg CODEÍNA VO = 7,2mg MORFINA VO
- 30mg MORFINA VO = 10mg MORFINA IV/IM/SC = 10mg METADONA VO
- 10mg METADONA IV = 10mg MORFINA IV/IM/SC.

#### Posologia

Dipirona	500mg a 1000mg	6/6h VO
Paracetamol	500mg a 1000mg	4/4h VO
AINE	1cp VO ou 1 supositório	12/12h ou 24/24h
Tramadol	50mg a 100mg	6/6h VO ou 1 supositório
Codeína	30mg a 120mg	6/6h
Morfina	5mg a 60mg	4/4h VO
Morfina (liberação lenta)	30mg a 100mg	4/4h VO
Morfina Parenteral	2,5mg a 20mg	8/8h ou 12/12h VO
		4/4h

#### - Adjuvantes

- Corticosteróides – potente e efeito antiemético e anti-inflamatório.
- Anticonvulsivantes - úteis na dor neuropática.
- Antidepressivos – úteis na dor neuropática (principalmente os tricíclicos), potencializam os opiáceos.
- Neurolepticos – possuem analgésico, antiemético e ansiolítico.

#### Atenção:

- Dor Neuropática:
  - Corticosteroide – dexametasona 10mg a 100mg IV (dose de ataque); manter com 4mg VO/IV 6/6h. Retirar lentamente após a obtenção da resposta terapêutica desejável;
    - prednisona 40mg a 60mg VO/dia.
  - Anticonvulsivantes – fenitoína, iniciar com 100mg VO até 300mg/dia;
    - carbamazepina, iniciar com 100mg VO até 800mg.
  - Antidepressivos – amitriptilina 25mg a 100mg VO até 75 a 300mg/dia;
    - imipramina, 25mg a 110mg VO/dia.
  - Neurolepticos – haloperidol 0,5mg a 2mg VO 8/8h ou 12/12h;
    - clorpromazina 10mg a 25mg VO 4/4h ou 6/6h.

- **Dor óssea:**

As causas de dor nos tumores malignos podem ser decorrentes de inflamação local ou metástases para os ossos, nervos periféricos, nervos cranianos, medula espinhal ou órgãos específicos. As metástases ósseas, que são causas frequentes de dor, ocorrem de duas maneiras: destruição (osteolítico) ou neoformação (osteoblástico). Os locais mais atingidos são a coluna vertebral, bacia e ossos longos.

Considerar RXT paliativa para controle da dor.

## **FADIGA**

É a sensação de cansaço extremo devido a combinações de sintomas físicos e mentais. Desencadeado por quimioterapia e radioterapia, uso de corticoides, distúrbios metabólicos, sangramento, sedação, sepse, depressão, deficiência nutricional, medicamentos, dentre outros. Praticamente universal nos estágios finais da doença.

## **CONDUTA TERAPÊUTICA**

- Identificar e tentar reverter a causa base.
- Quando a fadiga ainda é leve, estimular pequenas atividades físicas para preservar a força muscular.
- Ajudar o paciente a estabelecer prioridades.

## **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

É um sintoma pouco frequente. Avaliada por níveis tensóricos não ocasionais acima de 150 x 90mmHg. Para minimizar a causa base, é necessário avaliar presença de ansiedade, dor ou qualquer desconforto do paciente.

## **CONDUTA TERAPÊUTICA**

- **Medicação:**
  - Hidroclorotiazida: 25 a 50mg/dia
  - Beta bloqueador – propranolol 80 a 240mg/dia
  - Atenolol 50 a 100mg/dia - Evitar no broncoespasmo, ICC, bloqueio átrio ventricular, bradicardia, sangramento, diabetes mellitus;
  - IECA – captopril 25 a 50mg 2 a 3 x dia - Pode ocorrer rash cutâneo, tosse irritativa, angioedema, proteinúria, leucopenia;
  - Beta bloqueador dos canais de cálcio – nifedipina 10 a 30mg 3 a 4 x dia - não associar a beta bloqueadores. Podem causar edema de MMII.



## HIPERCALCEMIA

É a emergência metabólica mais comum em oncologia, definido pelo cálcio sérico > 11mg/dl. São sinais e sintomas a desidratação, anorexia, fadiga, dor, prurido, apatia, irritabilidade, hiporreflexia, dentre outros. Mais frequente em mieloma múltiplo, câncer brônquio, metástases ósseas, câncer de mama, tumor de células escamosas de cabeça e pescoço e câncer de tireoide, ocorrendo em 10 a 20% de todas as neoplasias, tem como fatores contribuintes para sua ocorrência a imobilidade, o uso de diuréticos tiazidicos e a desidratação.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

- Hidratação: 2 a 3l SF 0,9%/24h – respeitando a avaliação clínica do paciente – pode ser suficiente para pacientes assintomáticos com cálcio sérico corrigido em até 12mg/dl;
- Repor potássio se necessário;
- Pamidroato – iniciar após hidratação e adequado débito urinário (se cálcio corrigido > 12mg/dl) 15 a 90mg IV em 500ml SF 0,9% por 4h – efeito em 4 a 5 dias;  
Acetomiofen 500ml para evitar febre após infusão do pamidroato.

Cálcio corrigido = cálcio mg/dl + 0,8 (4-albumina sérica)

Cálcio sérico	Dose recomendada
Até 13mg/dl	15 a 30mg
13 a 15mg/dl	30 a 60mg
>15 mg/dl	60 a 90mg

- Na hipercalcemia crônica – incentivar deambulação, se possível aumentar a ingestão hídrica.
- Evitar diuréticos tiazidicos, bloqueador H<sub>2</sub>, e preparações que contenham cálcio.
- Corticoide – prednisona 20 a 40mg/dia se diagnóstico de mieloma ou linfoma
- Clorodonato 1600mg/dia

## HIPERGLICEMIA

A intolerância à lactose é uma das primeiras anormalidades metabólicas descritas em pacientes com câncer avançado. Ocorre antes mesmo da perda de peso e caquexia. Com a progressão do câncer, piora a resistência periférica à insulina, determinando dificuldades no controle glicêmico.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

- Duas ou mais dosagens da glicemia de jejum > 110mg/dl.



- Orientar dieta
- Hipoglicemia oral – clorpropamida 125 a 1000mg/dia dividido em ate 3 tomadas (observar menor concentração da divisão da dose na possibilidade de hipoglicemia noturna)
- Insulina NPH – indicada se não houver controle com hipoglicemiante oral. Após titulação da dose de insulina regular de acordo com a glicemia capilar preprandial 4 x dia.
- Aplicar insulina regular SC de acordo com o intervalo de variação da glicemia capilar (atenção aos diferentes valores orientados pelas diversas marcas de fita)

Em geral: ate 180mg% não fazer

181 a 240mg% 2 a 4 UI

241 a 300mg% 3 a 6 UI

301 a 400mg% 4 a 8 UI

Acima de 400mg% 6 a 10 UI

## LINFEDEMA

O linfedema está em cerca de 40% dos casos relacionados a linfadenectomia axilar e RXT; nos MMII geralmente decorre de tumoração pélvica.

Deves ser excluído tumoração, cisto ascite, trombose venosa profunda, insuficiência cardíaca congestiva e baixa acentuada da dosagem sérica de albumina, na indisponibilidade de realizar color Doppler e outros complementares.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

- Observar se existe queixa do paciente
- Observando a função renal, aumentar a ingesta proteica, se possível.
- Antibióticos – com ênfase na prevenção (ex. com uso de penicilina V – 0,5 a 1g a cada 6 ou 8h). Para tratar usamos por 14 dias conforme sensibilidade apresentada.
  - Drenagem postural
  - Compressão: visa manter diminuído o volume do membro
  - Suporte: quando a diminuição do membro não é prevista ou é desnecessária.
  - Exercício: Visando preservar o movimento do membro acometido.
  - Se linfedema de MMII – compressão, se MMSS – Compressão e suporte
  - Higiene – sugerimos uso de permanganato de potássio.
- Uso de diurético – furosemida 40 a 80mg/dia associada a espironolactona 200 a 400mg/dia no caso de edema generalizado.
- Se sem sucesso após 2 a 3 dias o uso de diuréticos, iniciar dexametasona 16mg/dia (caso de compressão linfática).



- Quando com comprometimento venoso associado (tumor ou trombose), acrescentar corticóide ou diurético. Usar anticoagulante (cumarínio ou Ácido acetil salicílico). Não esquecer do bloqueador H2.
- Infiltração tumoral – suporte
- Pele frágil – suporte e compressão
  - Linforrêia – rever perda da continuidade. Fazer compressão por cerca de 48h (aplicando vaselina). Prevenir infecção.
- Por tumor abdominal ou pélvico – usar corticóide (dexametasona 16mg) e diurético (furosemida 40 a 820mg + aldactone 200 a 400mg).

## **NÁUSEAS E VÔMITOS**

Particularmente prevalente em tumor de mama, estômago ou tumores ginecológicos, ocorrem em 60% dos pacientes com câncer avançado. Pacientes recebendo opióides, especialmente no início da terapêutica que apresentam esses sintomas, desaparecem em poucos dias.

Quando possível, reverter a causa base (fármacos, constipação, ou obstrução intestinal, alteração metabólica, tosse, uremia, molinhasse oral, quimio e radioterapia, medo ou ansiedade, dentre outras).

## **CONDUTA TERAPÊUTICA**

- Aconselhamento nutricional
- Medicação:
  - 1° metoclopramida 10 a 20mg 3 a 4 x dia IV ou SC – acelerar o esvaziamento gástrico
  - 2° haldol 0,5 a 2mg 4 x dia IM ou 5 a 15mg/dia SC – casos de uremia e hipercalcemia
  - 3° prometazina 25mg 2 a 3 x dia – ação central e de receptores colinérgicos periféricos
  - 4° dexametasona 4mg/dia. Caso com hipertensão intracraniana – 16 a 36mg/dia
  - 5° ondansetron 8mg IV ou VO 2 a 3 x dia.
- Rever: necessidade de CNG (se + de 2 episódios de vomito a cada 6h)
  - GTO descompressiva – o procedimento tem como critérios: PS até 3, avaliação clínica e ausência de insuficiência renal.

## **OBSTRUÇÃO INTESTINAL**

Situação na qual o transito através do trato gastrointestinal é retardado ou obstruído. Tem como maior causa o carcinoma peritoneal – mais frequente no tumor de ovário (40%), seguida de tumor de colo retal (20%) e pâncreas, estômago e colo uterino. É necessário fazer exame físico, que inclui toque vaginal e retal, rotina de abdome agudo e exames laboratoriais.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

- Diferenciar entre abdome agudo clinico e cirúrgico.

## CLÍNICO

- Dieta zero.
- CNG em sifonagem se ocorrerem mais de 3 episódios em 6 horas (avaliar a vontade do paciente).
- HV (40 A 50 ml kg dia) + reposição eletrolítica.
- Observar indicação do haloperidol 0,25mg 3 X dia, como tratamento sintomático.

## CIRÚRGICO

- OS até 3 (correção de prolapso) – PS até 2.
- Metástase hepática, ascite ou insuficiência renal contra indicam o procedimento cirúrgico.
- Dieta zero.
- CNG – conforme já escrito.
- HV – Conforme já escrito.
- Antiespasmódico– hioscina até 240 mg dia IV.
- Bloqueador H2 – ranitidina 50 mg IV 8/ 8 h.
- Metoclopramida – 1 ampola IV até 6/ 6 h.
- Transfusão de hemácias se necessário – manter Hb> 7 mg %.
- Demais sintomas.

Obs.: PS até 3, indicação de colostomia, reaver benefício de GTO descompressiva (considerar se com uso permanente CNG após 2 semanas).

TABELA 3 – Obstrução intestinal maligna – (não cirúrgica)

INDICAÇÕES	DOSE SC OU IV
Metoclopramida	10mg – 6/6h
Brometo de N. Butil Escopolamina	20mg até 4/4h
Haloperidol	5mg – 2x dia
Octreotide	250 a 300mg infusão contínua

## SANGRAMENTO

Excluir trauma, coagulopatia, fármacos, insuficiência hepática grave, coagulação intravascular disseminada, plaquetopenia etc.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

- Sedação, se necessário, com benzodiazepínico – 5 a 20 ml IV ou, midazolam 5mg IM ou IV.
- Medicação:
  - TGI – suspender AINH e corticoide. Caso de vômito iniciar antiemético  
Usar ranitidina 300mg 12/12h  
Considerar uso de ácido épsilon aminocaproico
  - Transvaginal – avaliar uso de tampão
  - Iniciar ácido épsilon aminocaproico 100 a 200mg/kg 3 a 4 x dia (IV diluir em 250 a 500ml de SF 0,9% ou SG 5%)
  - Hemoptise severa – ácido épsilon aminocaproico (dose descrita acima)
  - Hemoptise discreta – iniciar codeína
  - Epistaxe – tamponamento nasal anterior e gelo local
  - Sangramento oral – soro gelado – considerar ácido épsilon aminocaproico
  - Sangramento do estoma – compressão local
  - Transretal – avaliar uso de ácido épsilon aminocaproico 100 a 200mg/kg 3 a 4 x dia - irrigação com cateter de triplo lúmen
- Compressão local e curativo compressivo
- RXT
- Ligadura de carótida externa – procedimento de urgência realizado em pacientes que possam se beneficiar. Evitar lesão cervico oral extensa e coagulação cervical.

Anemia e Astenia são sintomas comuns em pacientes com câncer avançado. Em Cuidados Paliativos, entendemos que o procedimento de transfusão deva ser avaliado com critério, tendo definido quando o paciente estiver severamente sintomático, podendo se beneficiar do procedimento.

É questionada a relação entre os níveis de Hb e fadiga.

Hemotransfusão como tratamento:

- Dispneia: pacientes alertas - Hb < 7,0mg%
- Sangramento TGI, TGU, CP: sintomas severos decorrentes da perda sanguínea, quando esta pode ser controlada.



Ácido épsilon aminocaproico é um poderoso inibidor de fibrinólise. Trombos formados durante seu uso não sofrem lise.

Vitamina K tem seu uso ligado a tendência de sangramento associada a deficiência (alimentar, má absorção, obstrução do trato biliar intra ou extra-hepático, uso de drogas). Dose 10 a 20mg, IM, obtendo resposta em cerca de 24h.

## **AS ÚLTIMAS HORAS DE VIDA**

Muitas questões, como as espirituais e as incertezas, envolvem os últimos momentos de vida, sendo as últimas horas inundadas de tristeza, melancolia e saudade. Desejos de paz, boa partida e boa hora. Porém, não existe um conceito exato que define o início das últimas horas. E esta definição transcende a necessidade real, que é a identificação desse momento cercado de sintomas exacerbados e que exige alteração no planejamento do tratamento e cuidado contínuo.

As últimas horas nessa fase final de vida são a continuação da evolução progressiva de sinais e sintomas e deve-se estar preparado para o aparecimento de novas causas de sofrimento, tanto para o paciente quanto para sua família. O uso de recursos terapêuticos de forma fútil e obstinada deve ser evitado, pois seus efeitos são nocivos e os benefícios são menores, além disso, submete o paciente a mais dor e sofrimento. A sua morte deve ser aceita como algo natural.

Os Cuidados Paliativos das últimas horas compreendem o conjunto de condutas e cuidados com o paciente que se encontra em rápido declínio funcional, por causa irreversível, nos seus momentos finais. Tem por objetivo promover o controle dos sintomas de forma completa, prevenir os agravos das últimas horas de vida, suavizar a agonia final, além de evitar tratamento que possam ser considerados fúteis nessa fase.

Reconhecer o processo de morte é uma das tarefas mais difíceis da medicina, e nesta fase da evolução da doença, as atitudes recomendadas são preservar a vida sem tornar o tratamento mais sofrido que a própria doença, e atender prioritariamente às necessidades do doente em termos de alívio dos sintomas.

O quadro clínico do doente deve ser reavaliado e novas decisões devem ser consideradas sempre que necessário. Nas últimas horas o paciente se torna cada vez mais “ausente” da vida. Não consegue mais se comunicar, alimentar-se ou movimentar-se. Até mesmo a expressão facial, muitas vezes sugestivas de dor, torna-se difícil de interpretar. Os familiares percebem a gravidade e irreversibilidade do quadro. Quando esse momento é calmo, tanto pelos cuidados ao paciente quanto, quanto pela resposta do mesmo aos tratamentos, a espiritualidade da família pode transformar o momento da partida, então a morte acontece com serenidade.





QUADRO CLÍNICO DAS ÚLTIMAS HORAS
Fase final (últimas 48 horas)
Anorexia e nenhuma ingestão de alimentos
Imobilidade
Alteração cognitiva e sonolência e/ou <i>delirium</i>
Mioclônus
Dor
Colapso periférico, falências funcionais
Ronco final
Óbito

Sintomas e conduta terapêutica do quadro de últimas 48 horas, processo ativo de morte, agonia terminal, ou simplesmente agonia.

## ANOREXIA

As atividades metabólicas estão diminuídas e ocasionam uma anorexia fisiológica. O paciente pode não ter nenhuma ingestão de alimentos e a ingestão de líquidos se torna progressivamente mais difícil. A falta completa de ingestão de líquido nessas últimas horas é bem tolerada pelo paciente.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

- A hidratação artificial deve ser cuidadosa para evitar acúmulos e edemas desnecessários, assim como quadros de congestão pulmonar e desconforto respiratório. A SC pode ser a melhor escolha, pois suporta um volume de até 1.500ml diários de solução isotônica num mesmo ponto de infusão.
- Hidratar os lábios com gaze molhada ou cubos de gelo.

## IMOBILIDADE

Característica comum na fase final da vida, o paciente não consegue mais se movimentar. Contudo, deve-se movimentá-lo cuidadosamente, a fim de evitar desconfortos.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

- Realizar movimentações passivas no paciente;
- Prevenir úlceras de pressão, cuidados com pele e mucosa;
- Familiares e cuidadores devem ser estimulados a tocar no paciente como forma de expressar carinho, conversar e evitar conversas desagradáveis no ambiente.



- Deve-se manter o quanto o mais calmo possível.

## SONOLÊNCIA

Nesta fase é um sintoma esperado. O paciente dorme praticamente o tempo todo, embora desperte em alguns raros momentos, podendo se comunicar precariamente, abre os olhos com muita dificuldade e momentaneamente, retorna ao sono a seguir.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

- Deve-se continuar com a medicação prescrita.

Obs.: A avaliação dos medicamentos deve ser considerada se a sonolência surgir concomitante ao início do uso dos medicamentos.

## ALTERAÇÃO COGNITIVA

Sintoma frequente em grande parte dos pacientes, variando em graus de intensidade. Fase na qual a memória e o raciocínio se deterioram, as repostas são demoradas, e por vezes inadequadas ou inexistentes. Podem apresentar também visões, alucinações e experiências sensoriais diferentes. Seu olhar se torna fixo e muito profundo. Pode surgir quadro de *delirium* e agitação motora, ou um rebaixamento progressivo do nível de consciência, caracterizando um semicoma ou como que antecede a morte.

O *delirium* terminal é frequente em cerca de 80% dos pacientes com câncer avançado na última semana de vida. É sinal de deterioração funcional significativa e indica a proximidade da morte. Pode estar relacionado com vários fatores como hipóxia, variações toxico-metabólicas como uremia, encefalopatia hepática, infecções, desidratação, acúmulo de medicamentos como os opioides, anticolinérgicos e diazepínicos.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

Intervenções medicamentosas são recomendadas quando o *delirium* se torna agitado e representa ameaça ao conforto e segurança do paciente.

- Instituir uma hidratação de até 1.000ml/dia pode prevenir a instalação de quadro.
- Reavaliar e ajustar dose dos opioides, em torno de 20% a 30% abaixo da dose anterior, nos casos de oligúria/anúria, dando preferência às infusões contínuas ou opioides de curta ação.
- Utilizar medicamentos que devem ser ajustados de acordo com a necessidade. Neuropiléticos em baixas doses são suficientes para controlar o *delirium*, na maioria dos



casos, podendo a dose ser ajustada de acordo com a demanda individual. Os medicamentos podem ser usados por via parental contínua, controlada por bomba de infusão, isoladamente ou associados a outros fármacos. As constantes reavaliações possibilitam a titulação das doses adequadas.

NEUROLÉPTICOS MAIS USADOS		
Medicação	Forma de administração	Considerações
Haloperidol	1mg VO/SC 6/6h ou 8/8h	
	2mg SC	Em caso de urgência
Clorpromazina	12,5mg 12/12h	

Atenção: a conjunção de *delirium* mais agitação pode requerer a associação de um ansiolítico de curta ação em pequenas doses ou infusão contínua. O medicamento mais usado é o midazolam, por infusão contínua de 0,5 até 6mg/h ou SC em bolo de 2,5 a 5mg, inicialmente.

## MIOCLÔNUS

São abalos musculares frequentes e podem indicar neurotoxicidade. Podem ser secundários de medicamentos, distúrbios metabólicos (uremia), hipóxia, desidratação ou por edema do sistema nervoso central (SNC), no caso de tumores e metástase centrais. São precursores de convulsão e devem ser controlados o mais rápido possível.

## CONDUTA TERAPÊUTICA

Neste caso, deve-se trabalhar com a prevenção, utilizando-se anticonvulsivantes:

Medicação	Forma de administração	Considerações
Midazolam	A partir de 1mg/h	Infusão contínua
	5 a 7,5mg bolo SC ou EV	No momento da crise
Clonazepam	1 a 3mg VO (gotas) 2 ou 3x/dia	Dose teto/dia 20mg
Fenitoína	300mg/dia EV	Se já em uso anteriormente



## **EXARCEBAÇÃO DA DOR E DA DISPINEIA**

Os tratamentos destes sintomas devem ser mantidos até o final da vida, mesmo quando se instala um coma e não se conhece mais a dimensão do sintoma.

### **CONDUTA TERAPÊUTICA**

- Dispneia – morfina em baixas doses associada ou não a benzodiazepínicos, como midazolam, ambos em infusão contínua e parental. – 0,5mg/h a 1mg/h.
  - Bronco dilatadores - só em casos de broncoespasmo comprovado.
  - Corticoides – hidrocortizona 300 a 500mg IV, podem ser usados nos broncoespasmos nas condições em que o uso como anti-inflamatório pode ajudar a reduzir um edema Peri tumoral que provoca dispneia.

## **COLAPSO PERIFÉRICO**

É caracterizado pela palidez cutânea, extremidades frias, pele marmórea ecianose periférica, alterações de padrão respiratório, com irregularidades no ritmo e períodos mais longos de apneia.

### **CONDUTA TERAPÊUTICA**

Manejo adequado de hipodermóclise, ou acesso subcutâneo. Instalando-se um pequeno scalp do tipo butterfly, de calibre 25 ou 27 no tecido celular subcutâneo, preferencialmente abdominal, pode-se proceder a hidratação do paciente e administrar fármacos diversos. A maioria dos medicamentos nesta fase pode ser administrada por via SC com boa efetividade e sem efeitos colaterais indesejáveis.

## **RONCO**

Caracteriza-se por uma respiração ruidosa, plena de secreção, tendo como causa a incapacidade de deglutir saliva e outras secreções. É um dos sintomas que mais incomodam os acompanhantes e familiares, provocando sensação de sofrimento.



## **CONDUTA TERAPÊUTICA**

- O ronco deve ser prevenido ou minimizado com o emprego de anticolinérgicos em doses generosas como hioscina 10 a 20mg a cada 4 ou 6 horas.
- Deve-se evitar as repetidas aspirações das vias aéreas.

## **MOMENTO DA MORTE**

As últimas incursões respiratórias podem ser longas e suspirosas ou muito superficiais e pausadas. A sensação de respiração normal precede a parada dos batimentos cardíacos. Após a morte, ocorre o relaxamento da expressão facial.

## **CONDUTA TERAPÊUTICA**

O apoio e algum preparo espiritual torna-se essenciais esse momento. A assistência espiritual deve ser essencialmente amorosa, livre, simples como um toque ou olhar. Escutar é mais importante que se fazer ouvir, transmitindo ao outro a presença de um acolhimento constante e sincero é essencial.



## REFERÊNCIAS

ADAM, J. ABC of palliative care: the last 48 hours. BMJ. London: British Medical Association, 1997. v. 315, p. 1600-3.

BARBOSA, A.; NETO, I. G. Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006.

BECHARA RN, BECHARA MS, BECHARA CS, QUEIROZ HC, OLIVEIRA RB, MOTA RS, SECCHIN LSB, OLIVEIRA JÚNIOR AG. Abordagem Multidisciplinar do Ostimizado. Rev. bras Coloproct, 2005; 25(2): 146-149.

Brasil, Ministério da Saúde. INCA. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas, Rio de Janeiro: INCA, 2001.

Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Orientações para prescrição de analgésicos no tratamento do câncer. (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

Normas e condutas da CCIH/HCI/INCA. Disponível na internet via correio eletrônico:

[ccih@inca.org.br](mailto:ccih@inca.org.br). 2000.

Normas e recomendações do INCA/MS; Controle de sintomas do câncer avançado e madultos; Rev. Bras. Cancerologia, 2000, 46(3): 243-56.

PIMENTA, C. A. M. Dor e cuidados paliativos. Enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2003.

SIQUEIRA, J. T. T. et al. Dor orofacial e cuidados paliativos orais em doentes com câncer. Praticahospitalar, v. 62, p. 127-33, 2009.

UNIC, Manual de Cuidados Paliativos em pacientes com câncer. Rio de Janeiro, Unati/UERJ/UNIV. ABERTA 3ª IDADE. 2009.

Manual de Cuidados Paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p.