

CUIDADOS PALIATIVOS

GUIA DE BOLSO

GABRIEL DRUMOND FERREIRA
GABRIELA NÓBREGA MENDONÇA

NOTA:

O *Cuidados Paliativos: Guia de Bolso* foi desenvolvido com o apoio e dedicação dos serviços de Cuidados Paliativos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA), do Instituto de Medicina Integrada prof. Francisco Figueira (IMIP), e da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Todo o conteúdo foi submetido a rigorosa revisão interdisciplinar dos membros de cada instituição.

Este guia tem como objetivo fornecer informação e direcionamento para profissionais de saúde, tendo como princípio a difusão de conceitos sobre Cuidados Paliativos e manejo de sintomas. Ele não substitui uma consulta médica, recomendações, prováveis diagnósticos e tratamentos decorrentes da avaliação presencial de um profissional capacitado.

Recomenda-se que profissionais de saúde, que não sejam da comunidade médica, devem consultar um médico especializado antes de iniciar ou indicar qualquer procedimento apresentado no *Cuidados Paliativos: Guia de Bolso* que não esteja devidamente regulamentado como função de sua área, sendo de função exclusivamente médica a prescrição de medicamentos e procedimentos.

Além disso, leitores que não são profissionais de saúde não devem tomar, de maneira alguma, qualquer decisão relacionada ao manejo de sintomas de pacientes, visto que tal função é reservada exclusivamente à profissionais de saúde, sendo o uso deste guia apenas permitido para obtenção de informações. A ANCP e os autores não se responsabilizam por decisões baseadas apenas no conteúdo contido neste aplicativo, sendo o usuário o único e exclusivo responsável pela utilização indevida dos serviços

Conteúdo adicional e os guias de Cuidados Paliativos completos disponíveis no site www.guiadecuidadospaliativos.org ou pelo QR code abaixo:



Referência para citação: Ferreira, G. D. and Mendonça, G. N. (2017). Cuidados Paliativos: Guia de Bolso. 1st ed. São Paulo: ANCP, pp.5-62.

© ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) 2017
São Paulo
Primeira Edição
Dezembro/2017

Sumário

SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS	5
MANEJO DE SINTOMAS	6
DOR	7
DOR NEUROPÁTICA	16
NÁUSEA E VÔMITO	19
CONSTIPAÇÃO.....	22
OBSTRUÇÃO INTESTINAL MALIGNA	25
CAQUEXIA.....	27
DEPRESSÃO.....	29
ANSIEDADE.....	35
DELIRIUM.....	38
AGITAÇÃO TERMINAL	43
DISPNÉIA.....	43
HIPERSECREÇÃO RESPIRATÓRIA	46
CRISE CONVULSIVA.....	47
PRURIDO	49
SOLUÇOS	50
TOSSE.....	51
FADIGA	51
CEFALÉIA POR HIPERTENSÃO INTRACRANIANA.....	52
BOCA SECA	52
SONOLÊNCIA.....	52
HIPODERMÓCLISE E INFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA.....	54
PRINCÍPIOS DA BOA COMUNICAÇÃO	57
CUIDADOS DE FIM DE VIDA	61
ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS	64
AUTORES.....	66
BIBLIOGRAFIA.....	70

SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados Paliativos são a abordagem do paciente e sua família com doença ameaçadora a vida. O manejo de dor e outros sintomas, e provisão de suporte psicológico, social e espiritual são supremos, almejando alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e seus familiares. Muitos aspectos dos cuidados paliativos são também aplicáveis mais precocemente no curso das doenças, em conjuntura com demais tratamentos (WHO, 2002).

As vantagens dos Cuidados Paliativos têm sido demonstradas na qualidade do serviço e do cuidado. Outra vantagem comprovada é o menor custo quando comparado ao tratamento convencional. *Temel et al., 2010* demonstraram que os Cuidados Paliativos, quando oferecidos precocemente e corretamente aos pacientes, **melhoram a qualidade de vida**, o **humor** e a **sobrevida** dos pacientes. Além disso, *Smith et al., 2014* demonstraram significativa **redução de custos** quando empregados os Cuidados Paliativos.

Cuidados de fim de vida são normalmente definidos como o cuidado fornecido no último ano de vida do paciente (DoH, 2008). Entretanto, dado à fatores como a dificuldade para determinar alguns prognósticos e como as várias necessidades dos pacientes (físicas e psicológicas), os cuidados de fim de vida podem significar mais tempo para uns ou menos para outros. Considerar previamente que o paciente está se encaminhando para o fim de sua vida possibilita a eles e aos familiares pensarem sobre o que é importante para eles – o que eles iriam ou não gostar que acontecesse. Sempre se pergunte: “Eu ficaria surpreso se o paciente morrer nos próximos 6 meses?”. Se a resposta for não, então considere se é apropriado iniciar as discussões sobre o fim de vida, se os planos de conduta devem ser alterados, se outros profissionais devem ser atualizados ou se termos para proteger o paciente contra tratamentos fúteis devem ser preenchidos.

MANEJO DE SINTOMAS



DOR

AVALIAÇÃO INICIAL

Sugere-se:

- Colher a história e realizar exame físico completo
 - Elucidar local e irradiação, natureza, duração, frequência, intensidade, efeitos no sono e humor, fatores de exacerbação, fatores espirituais e psicológicos da dor. Lembre-se que um paciente pode ter mais de um local ou tipo de dor e, por isso, é preciso avaliar cada dor separadamente
 - Identificar possíveis causas e excluir qualquer emergência que requeira manejo específico (exemplos: compressão medular, obstrução intestinal e fratura óssea). Se a dor for severa, aplicar tratamento imediato antes de prosseguir com o manejo
 - Valorizar aspectos emocionais, como depressão, luto, raiva, ansiedade
- Explicar ao paciente e familiares a causa da dor e o plano de tratamento

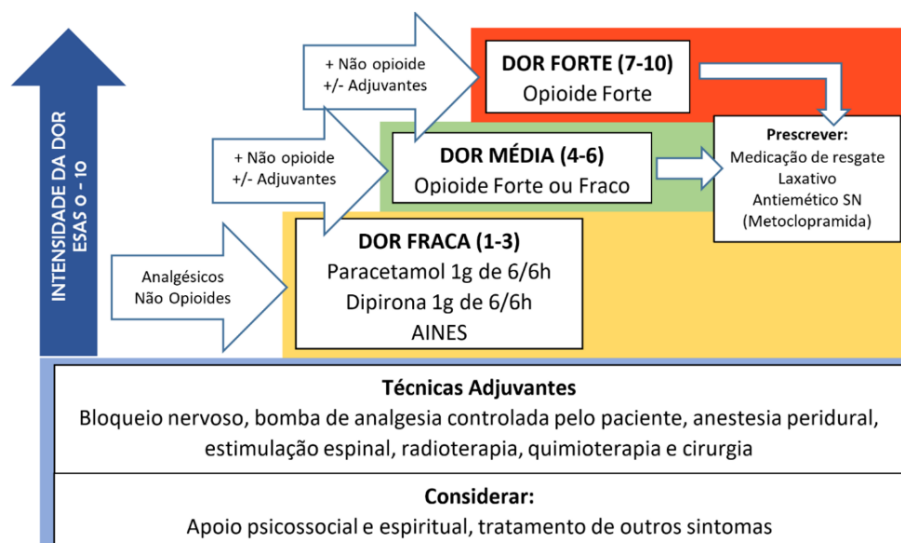
MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

Sugere-se:

- Para áreas de pressão, utilizar colchão de fluxo de ar ou colchão de visco elástico
- Para os pacientes com pele íntegra e higienizada, considerar uso de Dexpanthenol creme 5% sendo aplicado 1 a 3x/dia, com reposicionamento regular
- Exercícios de relaxamento
- Fisioterapia
- TENS
- Acupuntura
- Suporte psicológico e de orientação
- Tratamentos complementares (massagem, reflexologia, arteterapia, musicoterapia, meditação, entre outros)

MANEJO FARMACOLÓGICO

1. Utilizar a escala analgésica da dor da OMS ao lado para manejo de dor e utilizar a via oral sempre que possível. Deve-se considerar drogas e/ou intervenções adjuvantes de acordo com a natureza da dor



2. Minimizar efeitos colaterais
 - Opioides → Receitar antiemético se necessário (SN) e laxantes para uso contínuo
 - AINES/Corticoides → Considerar proteção gástrica (exemplo: Lansoprazol 30 mg 1x/dia, Omeprazol 20-40 mg 1x/dia 30min antes do café da manhã, ou Pantoprazol 40 mg 1x/dia)
 - Corticoides → Prescrever para início do dia (antes das 14h) para evitar insônia
3. Avaliar se houve uso recente de analgésicos e qual foi a sua freqüência, antes de realizar o manejo da dor atual e utilizar essa informação como utensílio para o próximo passo
4. Prescrever analgesia com doses fixas e doses SN de resgate
 - Atenção: Lembrar da dor irruptiva (piora aguda da dor crônica que pode acontecer várias vezes por dia)
 - A dose de resgate deve ser calculada de acordo com as seguintes orientações:

Cálculo da dose de resgate SN:

Dose SN: 1/6 da dose total de 24h de morfina.

Exemplo: 60mg de morfina oral em 24h; então a dose SN = 1/6 de 60mg = 10mg de morfina oral SN

Reavaliar dor 15 min após a dose se resgate SC ou IV e 30 min, se VO. Pode requerer nova dose.

Se não houver alívio da dor com o resgate, reavalie o tipo de medicação e dose; procure ajuda da equipe de cuidados paliativos.

Deve-se prescrever o resgate de maneira que o paciente tenha acesso à medicação sempre que necessário, mesmo que ele requeira a medicação a cada 15min.

Muitas doses de resgate durante o dia (**≥4 vezes**) e doses em intervalos muito curtos (15-15 min, por exemplo), são **indicativos para aumentar dose da medicação contínua** de acordo com número de resgates

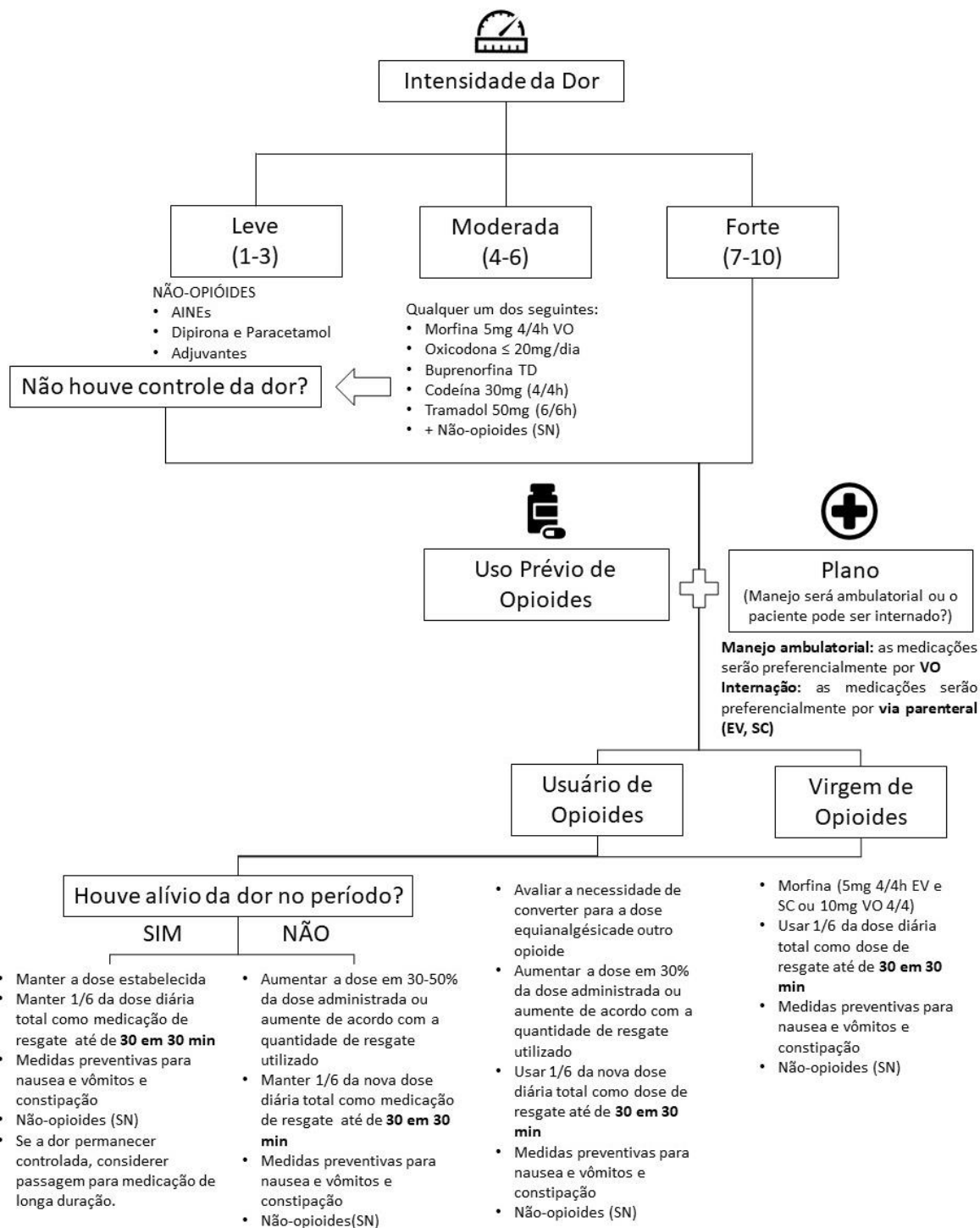
5. Monitorar e revisar regularmente o paciente, ajustando a dose de escolha da droga de acordo com a resposta
6. Se estiver com problema no controle de sintomas, deve-se solicitar avaliação de um especialista de terapia da dor

Diferentes tipos de dor e estratégias de manejo:

Dor	Característica Descrição	Manejo
Dor Visceral	Dor surda, mal localizada	Geralmente responde bem a opioides. Considerar a causa e tratá-la sempre que possível. Exemplo, se: <ul style="list-style-type: none"> ● Constipação – laxativos, supositórios ● Cólica abdominal – anticolinérgicos (brometo de hioscina 20mg VO ou SC 4x/dia) ● Irritação gástrica – considerar antiácido ou inibidor de bomba de prótons ● Ascite – considerar drenagem, diuréticos e quimioterapia em caso de malignidade

		<ul style="list-style-type: none"> ● Dor em cápsula hepática - AINES ou dexametasona 4mg pela manhã associado a um inibidor de bomba de prótons ● Espasmo vesical - oxibutinina 3-5 mg VO 2 a 4x/dia ● Dor retal ou tenesmo - Nifedipina de liberação rápida 10-20mg SL ou VO, pomada de nitroglicerina, lidocaína gel tópico. Aplicar 1 ou 2 vezes/dia
Dor Óssea	Bem localizada, piora com movimento, fragilidade local. Excluir fratura, se a dor for aguda	<p>Responde parcialmente a opioides</p> <ul style="list-style-type: none"> ● AINES (Ibuprofeno 400mg 3x/dia com inibidor de bomba de prótons) ● Considerar radioterapia, corticoides e pamidronato intravenoso (90mg em 500ml de solução salina 0.9%, infusão por 90min) para dor por doença metastática <p>Considerar consultoria da ortopedia para fixação profilática, se houver risco de fratura</p>
Dor Neuropática (Ver tópico de Dor Neuropática)	Dor em pontada, queimação, choque ou formigamento. Pode estar associada com alterações sensoriais ou autonômicas. Associado com disestesia, hiperalgesia, hiperpatia e alodínia.	<p>Responde parcialmente a opioides. Outras drogas que mostraram efetividade incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Antidepressivos tricíclicos (ex. amitriptilina 25mg VO à noite, titulado a cada 3-5 dias até 150mg, se tolerado). Cuidado: pode alargar QT. Induzem sono. Efeito em 24h. ● Anticonvulsivantes (ex. gabapentina 300mg VO à noite podendo aumentar a cada 3-7 dias para até 3600mg 3x/dia). Reduzir doses, se houver insuficiência renal. Demora 2-3 semanas para atuar. Menos sedativo do que amitriptilina ● Emplastro de Lidocaína, se houver dor localizada (especialmente se alodínia). Aplicar até 3 emplastos por, no máximo, 12 horas. Reaplicar emplastro 12h após. <p>Considerar bloqueio nervoso ou radioterapia como tratamento adjuvante, se apropriado. Procure consultoria com especialista.</p>
Dor Muscular	Espasmo, aperto ou rigidez, dor	<ul style="list-style-type: none"> ● AINES (Ibuprofeno 400mg 3x/dia com inibidor de bomba de prótons) ● Relaxante muscular (ex. Diazepam 2-5mg VO 2 ou 3x/dia, ou baclofeno 5mg 3x/dia, ou ciclobenzaprina 5-10mg 2-3x/dia, titulado de acordo com efeito). <p>Considerar fisioterapia, massagem e compressa aquecida..</p>
Ferimentos		Para ferimentos ulcerados, considerar morfina ampola como uso tópico - solicitar ajuda da equipe de cuidados paliativos ou de curativos.

FLUXOGRAMA DE MANEJO DE DOR



CONVERSÃO DE OPIOIDES

A conversão de opioides deve ser feita quando:

- Efeitos adversos relacionados à droga são observados
- A analgesia é insuficiente por mecanismos de tolerância
- Outra via de administração ou outra posologia trazem mais benefícios ao paciente

No momento da rotação deve-se lembrar que:

- Nos pacientes com insuficiência renal deve-se priorizar o uso de Metadona ou Buprenorfina à Morfina. Isso ocorre porque a Metadona, diferente da Morfina, não apresenta metabólito ativo conhecido, enquanto a Buprenorfina produz um único metabólito ativo conhecido, a norbuprenorfina, sendo ambas glicuronizadas antes da sua eliminação. Ou seja, a excreção da Metadona e da Buprenorfina é essencialmente fecal, sendo eliminadas em pequena quantidade pela urina, e, por isso, são os mais indicados para pacientes com insuficiência renal que, por exemplo, apresentem sonolência ou delírio com a Morfina.
- Apesar dos metabólitos da Morfina se acumularem em pacientes com insuficiência renal, ela é bem tolerada em pacientes com hepatopatias. Ou seja, para os pacientes com insuficiência hepática tende-se a dar preferência ao uso da Morfina à Metadona. Porém, deve-se considerar que, nesses pacientes, a meia-vida da Morfina pode aumentar e, por isso, a dose deve ser espaçada para 3 ou 4x/dia
- Ao realizar a conversão de opioides, as doses podem ser ajustadas para cima ou para baixo para evitar o uso de pontos decimais e, com isso, permitir a administração de uma dose mais prática
- É necessário um cuidado especial quando se altera entre os opioides em doses mais elevadas ou quando a dose do primeiro opioide foi aumentada rapidamente, pois esses pacientes apresentam maior risco de efeitos adversos.
- No momento da rotação de Morfina para outro opioide, se a dor estiver controlada, normalmente se faz a redução da dose equianalgésica em 25-50%. Quando a dor não se encontra controlada, a redução da dose deve ser menor ou inexistente, podendo-se aumentar a dose equianalgésica em até 50%.
- Em casos de alteração da via de administração, as doses nem sempre são intercambiáveis

Tabela de conversão de opioides para Morfina VO

Droga	Dose Equivalente de Morfina Oral	Razão de Conversão
Opioides Orais Fracos		
Codeína 60mg	6mg	10:1
Tramadol 100mg	20mg	5:1
Opioides Orais Fortes		
Morfina de Liberação Cronogramada (MLC) 10mg	10mg	1:1 (MLC deve ser prescrita de 12/12h)
Oxicodona oral 10mg	20mg	1:2
Opioides Fortes Parenterais		
Morfina IV ou SC 5mg	15mg	1:3
Fentanil IV ou SC 1mg	30mg	1:30

Medicações Transdérmicas

Fentanil Transdérmico: doses de equivalência aproximadas
 NOTA: o patch de fentanil demora 24-72h para alcançar o pico de concentração plasmática, então, assegure correta analgesia SN com morfina e não use se a dor não estiver sob controle. **Nunca deve ser prescrito para pacientes virgens de tratamento por opioide pelo risco aumentado de toxicidade.** Garantir analgesia fixa nas primeiras 24h. Se for rotar de Morfina de liberação controlada de 2x/dia para Fentanil Transdérmico deve-se dar o último comprimido de Morfina na mesma hora que a primeira aplicação de Fentanil. Evitar em pacientes com hipertermia. Causa menos constipação do que Morfina.

Dose de Morfina Oral em 24h (mg)	Dose do Patch de Fentanil (microgramas/h). Trocar a cada 72h	Dose de Resgate de Morfina oral a cada 4h SN
36-70	12	5-10
75-90	25	10-15
90-134	37	15-20
135-189	50	30
190-224	62	35
225-314	75	40-50
315-404	100	60

Buprenorfina Transdérmico: o uso do adesivo de Buprenorfina é indicado em pacientes com dor moderada. Existe evidência para o uso do adesivo até 90mcg/h em pacientes já usuários do adesivo. Entretanto, para pacientes que iniciarão o uso do medicamento, se aconselha não utilizar mais que 10mcg/h no primeiro uso, devendo-se optar por uma medicação para dor forte.

Morfina	Buprenorfina Pacht
Até 30 mg/dia	5 mcg/dia
30-80 mg/dia	10 mcg/dia
Mais que 80 mg/dia	Considerar medicação para dor forte

Particularidades da conversão da Morfina para Metadona

- A Metadona possui tempo de meia vida errático. Por isso, use a tabela abaixo para conversão entre Morfina e Metadona
- A conversão de Morfina para Metadona deve passar por um período de adaptação: no primeiro dia, deve-se administrar um terço da dose de Metadona e dois terços da dose de Morfina no segundo dia, dois terços da dose de Metadona e um terço da dose de morfina e no terceiro, a dose completa de Metadona, suspendendo a Morfina, devendo administrá-la como resgate
- Mesmo após a rotação, algumas vezes deve ser utilizada a Morfina como dose de resgate, pela sua ação mais rápida que a Metadona
- Verifique abaixo a tabela de conversão de Morfina para Metadona:

Tabela de Conversão de Morfina Para Metadona Oral	
Dose de Morfina Oral 24h	Razão de Conversão (Morfina/Metadona)
Até 100mg	4:1
101 a 300mg	8:1
Mais que 301mg	12:1
Tabela de Conversão de Metadona para Morfina Oral	
Metadona/Morfina	1:3

- Exemplo prático: Se o paciente está fazendo uso de Morfina 180mg/dia, a razão de equivalência é de 8:1, o que daria 25mg de Metadona/dia, dividida em intervalos de 8 horas

DICAS DE PRESCRIÇÃO

Verifique abaixo algumas dicas de prescrição voltadas à prática clínica:

- **Aumento gradual da Morfina:** se um opioide forte é necessário, deve-se iniciar com Morfina oral de liberação imediata a cada 4 horas, ou seja, 6x/dia. Por exemplo, será 3, 7, 11, 15, 19, 23 horas e, se necessário, adicionar dose de resgate. Até que a dor seja controlada ou os efeitos colaterais apareçam, aumente em cerca de 30% a dose de morfina oral a cada dia (ou de acordo com a dose de resgate). Aumente a dose de laxativo conforme necessário
- **Troca da morfina de liberação imediata para Morfina de liberação lenta:** se disponível, converta para morfina de liberação lenta ou para oxicodona quando o paciente estiver estável. Para isso, divida a dose diária de morfina oral de liberação imediata por 2 para obter a dose de morfina de liberação lenta e aplicá-la de 12/12horas. Outra opção adequada é trocar a morfina de liberação imediata pela Oxicodona, também obtendo ótimos resultados
- **Prescrição da dose de resgate da Morfina:** para prescrever dose de resgate de morfina, deve-se considerar a quantidade total de morfina necessária durante 24 horas e dividir por 6 (em caso de dor incontrolável, pode-se chegar a administrar até no intervalo de 30 em 30 minutos, sempre avaliando a possibilidade de toxicidade)
- **Dose noturna da Morfina:** na fase de controle da dor, o paciente deve ser acordado durante a noite para tomar a medicação. Após essa fase, a última dose de Morfina de liberação imediata antes de dormir pode ser administrada dobrada, para que o paciente não precise acordar no meio da noite para tomar a medicação. Ex. paciente recebe 15mg de morfina às 3, 7, 11, 15, 19 e 23 horas → mudar a dose das 23h para 30mg e suspender a dose das 3h
- **Substituição de um opioide fraco por um forte:** existe uma tendência global de substituir opioides fracos (Codeína e Tramadol) por opioides fortes em baixas doses (ex. Morfina 5mg VO 6x/dia e Oxicodona 10mg 2x/dia). Isso ocorre porque **tem** se observado que opioides fortes em baixas doses têm melhor efeito analgésico que opioides fracos, mas com menos efeitos adversos
- **Opioides que mais causam náuseas e vômitos:** Tramadol e Codeína geralmente são mais nauseantes do que a morfina, sendo a metadona ainda menos nauseante
- **Opioides mais eficientes para a dor neuropática:** Metadona, Tramadol e Buprenorfina são mais eficientes na dor neuropática
- **Uso de Oxicodona:** é uma ótima opção para dor moderada a grave. Além de sua posologia confortável (12/12 horas), a Oxicodona causa menos constipação e náuseas. Geralmente é bastante útil no caso de dor oncológica com característica mista, visceral e neuropática
- **Quando usar Patch Fentanil Transdérmico:** deve ser utilizado apenas quando a dor do paciente estiver estável, visto que dura cerca de 24 horas para o adesivo alcançar um estado estacionário de analgesia, de modo que as doses não podem ser alteradas rapidamente. Por isso, quando a via oral não estiver mais disponível, geralmente nos últimos dias de vida, não é indicado iniciar Fentanil Patch, visto que pode demorar muito para atingir o estado estacionário. Além disso, uma vez retirado adesivo, pode levar 12-18 horas para os efeitos irem embora
- **Quando usar Patch Buprenorfina Transdérmico:** o uso da Buprenorfina é indicado para pacientes com dor moderada a grave, sendo uma opção segura e efetiva para o tratamento da dor crônica oncológica e não oncológica. Além da posologia ser confortável, sendo a troca necessária apenas a cada 7 dias, seu uso não requer ajuste de dose para pacientes idosos e nem com insuficiência renal, não causando, também, desregulação imunológica, nem em hormônios sexuais. O efeito máximo da droga quando usada pela primeira vez pode levar até

3 dias, portanto, deve-se prescrever analgesia de ação curta nos primeiros 3 dias. A buprenorfina é o único opioide que apresenta um teto para a depressão respiratória quando utilizada isoladamente. Apesar disso, os efeitos da **Buprenorfina** podem ser completamente invertidos pela Naloxona.

- **Opioides com maior tendência a provocar crises convulsivas:** Tramadol, Metadona e Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina podem reduzir potencialmente o limiar para provocar crises convulsivas. Além disso, quando usados em conjunto aumentam o risco também de causar Síndrome da Serotonina
- **Opções de terapia adjuvante**
 - AINE: útil para dor óssea, dor no fígado, infiltração de tecidos moles ou dor inflamatória (efeitos colaterais: ulceração gastrointestinal ou sangramento, insuficiência renal, retenção de líquidos). Considerar proteção gástrica
 - Antidepressivo ou anticonvulsivante: útil para dor neuropática (vide tópico de dor neuropática). Nenhuma diferença clara na eficácia entre os dois tipos de medicamento para essa indicação, mas é importante clinicamente lembrar que geralmente a amitriptilina causa mais sono do que a Gabapentina. Os possíveis efeitos colaterais são:
 - Amitriptilina: confusão e hipotensão. Cuidado para o uso em pacientes com doenças cardiovasculares.
 - Gabapentina : sedação, tremor, confusão. Reduza a dose em caso de insuficiência renal
 - Corticosteróides: favorece o controle de náuseas, melhora do apetite e qualidade de vida por curto prazo. Considere proteção gástrica e monitore a glicemia. As opções mais utilizadas são:
 - Dexametasona em dose de 4 mg-20 mg/dia VO. Se houver dor intensa associada à plexopatia ou dor por compressão, faz-se 100mg/dia
 - Metilprednisolona: é indicado em vários tipos de câncer com infiltração de estruturas nervosas (compressão epidural e intracraniana), metástases ósseas, obstrução intestinal. A dose utilizada é 30mg a 50mg/dia
- **Potencializadores da ação de opioides:** Não existe benefício relevante na associação entre um opioide fraco e um opioide forte ou entre dois opioides fortes para uso contínuo. Entretanto, Paracetamol ou Dipirona podem trabalhar sinergicamente com opioides. Por exemplo, a associação de Paracetamol com Codeína pode provocar um alívio de até 50% da dor em 4-6 horas, apresenta um NNT de 1.9, comparado com 17 para o uso de Codeína como monoterapia da dor.

TOXICIDADE POR OPIOIDES

Avaliação Inicial

- **Descartar outras causas:** Primeiramente, deve-se excluir outras causas reversíveis além de toxicidade por opioides, como, por exemplo, sepse, hipercalcemia, metástase cerebral, efeito adverso de outras drogas. Em particular, alguns desses sinais podem estar presentes em pacientes que estão de fato morrendo, em vez de estar em intoxicação por opioide. Nesses casos, os sintomas devem ser paliados, em vez de descontinuar o opioide.

Atenção: a presença de depressão do sensório sem pupila puntiforme é indicativo de que a causa do rebaixamento do nível de consciência não é pelo opioide em si.

- **Definir a causa mais provável da toxicidade por opioide. As mais comuns são quando o paciente:**

- Recebe uma dose maior, acidentalmente
- Possui ou desenvolve algum dano renal ou hepático, impedindo secreção ou metabolismo do opioide.
- Responde à terapia adjuvante, levando a uma menor necessidade de opioide.
- Possui dor que não é responsável a opioides (nesse caso, outras drogas analgésicas devem ser usadas).
- Utiliza associado ao opioide outras drogas que juntas levem à depressão do SNC. Exemplo: Benzodiazepínicos e Antidepressivos Tricíclicos

Manejo
Atenção

- Sempre descartar disfunção na depuração renal do paciente com toxicidade a opioide

Gravidade	Sintomas	Manejo	
Leve	Vômito, sonolência aumentada, pupila puntiforme	Reduzir a dose do opioide em 1/3 e garantir boa hidratação sempre que possível	
Moderado	Confusão, mioclonia, espasmos musculares, sonhos vívidos, alucinações, agitações	Formulação de liberação imediata	Omitir próxima dose e reiniciar com dose menor (ex. reduzir em 1/3)
		Formulação de liberação aumentada	Considerar converter para formulações de liberação imediata (de 4 em 4 horas), reduzir a dose (ex. para 1/3), re-titular e reidratar
		Infusão subcutânea	Parar por 4-6h e reavaliar. Se houver melhora, recomeçar com dose menor (ex. 1/3 da dose)
		Patch transdérmico	Procurar ajuda com equipe de Dor e Cuidados Paliativos
Grave	Depressão respiratória (FR < 8-10 rpm), hipotensão, perda de consciência	<p>PARAR OPIOIDE. Considerar antagonista de opioide Naloxone 400mcg-2mg IV. Repetir em intervalos de 2-3 minutos até melhora do padrão respiratório. O efeito do Naloxone passa rapidamente, então o paciente deve ser mantido em observação por mais 30 minutos e novos bolus devem ser administrados, se necessário (bomba de infusão pode ser necessária).</p> <p>Nota: O uso de Naloxone pode levar à suspensão aguda de opioide e fazer com que a dor do paciente piore à medida que o efeito do opioide é revertido. Portanto, deve ser utilizado somente em casos de toxicidade severa.</p>	

- Ao prescrever analgesia regular para dor contínua, deve-se discutir e explicar ao paciente e seus familiares todas as dúvidas sobre o uso de opióides, incluindo preocupações sobre vício, tolerância, efeitos colaterais e o medo errático de que esse tratamento implique necessariamente em estágio final de vida. Para isso, deixe claro quando e porque opioides são usados para tratar a dor e explique como será realizado o plano de acompanhamento

MEDIDAS INTERVENCIONISTAS PARA ALÍVIO DA DOR

São medidas estabelecidas para o tratamento da dor de pacientes que obtiverem resultados insatisfatórios nos tratamentos clínicos, farmacológicos e fisioterápicos. As mais utilizadas atualmente são:

- **Bloqueios**

Objetiva interromper impulsos sensoriais de uma região específica do corpo, diminuindo ou até eliminando por completo a dor. São geralmente realizados com uso de um método de imagem para garantir maior precisão e segurança para o procedimento. A ação dos bloqueios pode durar horas, semanas e, em alguns casos específicos, até meses. Além disso, através de bloqueios, é possível realizar um "mapeamento da dor", encontrando, de maneira mais eficaz e específica, o local de origem da dor e, conseqüentemente, facilitando a elaboração de estratégias mais adequadas para o paciente. O exemplo mais conhecido é o bloqueio peridural com corticoide.

- **Bomba intratecal**

Objetiva analgesia da dor crônica e/ou alívio da espasticidade por meio de neuromodulação. A medicação pode ser injetada de forma contínua ou intermitente, diretamente no LCR, ao redor da medula espinal e do encéfalo. As bombas estão disponíveis em fluxo ajustável ou contínuo, sendo alojadas no tecido subcutâneo e conectadas, através de um cateter, ao espaço liquórico, onde a medicação é liberada. Para a analgesia da dor crônica, o medicamento mais utilizado é a morfina, enquanto para crises dolorosas de espasmo ou distonia graves, o mais utilizado é o Baclofeno. As vantagens de tal procedimento são relevantes devido à necessidade de doses menores do que quando administradas por VO ou IV, reduzida taxa de efeitos colaterais e maior potência no controle da dor.

- **Radiofrequência**

Excelente ferramenta para o tratamento da dor aguda e crônica, possuindo grande vantagem por ser um método não invasivo que proporciona inibição prolongada da dor.

DOR NEUROPÁTICA

DEFINIÇÃO

A dor neuropática é proveniente de uma lesão ou disfunção do sistema nervoso central ou periférico. Pode ser episódica, aguda ou crônica e, em geral, persiste por longo tempo após evento provocador. É comumente encontrada em conjunto com outros tipos de dor e seu manejo é bastante complexo, visto que tende a responder mal aos analgésicos usuais

- **Provocada por:**

- Lesões centrais (exemplos: AVC, metástases ou tumores)
- Lesões periféricas (exemplo: dor fantasma)

- **Pode estar relacionada a:**

- Desafferentação (decorrente de algum tipo de lesão no sistema somatossensorial em qualquer ponto ao longo do seu percurso até o sistema nervoso central)
- Doenças como câncer, esclerose múltipla, neuralgia pós-herpética, neuropatia diabética, meralgia parestésica, entre outros.
- Tratamento ou cirurgia (exemplos: dor neuropática pós-operatória ou neuropatia periférica induzida por quimioterapia)

AVALIAÇÃO INICIAL

De início deve-se:

- **Descrever os sintomas associados à dor neuropática, sendo os mais comuns:** queimação, formigamento, agulhamento e dormência
- **Avaliar sintomas concomitantes:** dificuldade para dormir ou sonolência, fadiga, depressão, ansiedade, dificuldade em concentração e apetite diminuído
- Considerar o uso da Escala de Rastreamento de Dor Neuropática
- **Confirmar a sensação alterada na área da dor e comparar as respostas com a área contralateral ou adjacente não dolorosa do corpo. As alterações mais comumente identificadas na dor neuropática são:**
 - Alodínia: resposta dolorosa a um estímulo naturalmente não doloroso (exemplo: dor ao toque leve da pele com um dedo ou algodão)
 - Hipoestesia: área de sensação reduzida ao estímulo não doloroso ou doloroso (exemplo: sensação de queimação reduzida ao encostar a pele no fogo)
 - Hiperalgisia: uma resposta de dor exagerada ao estímulo doloroso (exemplo: excessiva dor ao receber um beliscão)
 - Hiperpatia: uma reação dolorosa anormal ao estímulo repetitivo que persiste mesmo após a remoção do estímulo doloroso
 - Limite térmico alterado para frio e/ou quente (exemplo: resposta reduzida ou exagerada a uma colher de metal frio ou uma xícara de chá quente)

ATENÇÃO: Lembre-se de descartar compressão espinhal

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

Sugere-se:

- Fisioterapia
- TENS
- Acupuntura
- Suporte psicológico e de orientação
- Tratamentos complementares (massagem, reflexologia, arteterapia, musicoterapia, meditação, entre outros)

MANEJO FARMACOLÓGICO

Analgésicos adjuvantes: opioides têm algum efeito na dor neuropática, mas muitos pacientes precisam de analgésicos adjuvantes. Os corticosteróides, por exemplo, sob conselho de especialista, podem ser usados para dor neuropática secundária ao câncer infiltrado, particularmente indicado se a fraqueza do membro estiver presente

- Adjuvantes de 1ª linha:
 - Antidepressivos (exemplo: Amitriptilina)
 - Anticonvulsivantes (exemplos: Gabapentina ou Pregabalina).
- Adjuvantes alternativos da 2ª linha devem ser realizados sob orientação especializada. São opções:
 - Duloxetina
 - Venlafaxina.

Associação de adjuvantes: a combinação de opioides e adjuvantes para dor neuropática é uma boa opção. No entanto, a titulação habilidosa é necessária porque os efeitos colaterais, particularmente sedação e tonturas, são também sinérgicos. Na prática, isso significa que utilizar

doses mais baixas de mais de um medicamento é melhor do que usar uma dose alta de uma única droga, podendo-se lançar mão de mais de uma classe de adjuvantes ao mesmo tempo

Efeitos colaterais dos adjuvantes: Para evitá-los, deve-se utilizar a dose mais baixa para obter analgesia, especialmente em pacientes frágeis e idosos. Os mais referidos são:

- Gabapentina e Pregabalina: podem causar sedação, tremor, confusão, edema periférico, tonturas. A retirada deve ser feita gradual
- Duloxetina e Venlafaxina: podem causar náusea, insônia, tremor, ansiedade e aumento da pressão arterial. A retirada deve ser feita gradual
- Amitriptilina: pode causar hipotensão, reduzir os reflexos e a atenção e, por isso, deve-se tomar cuidado com atividades que exijam reflexos rápidos, como, por exemplo, dirigir. Deve-se esclarecer que os efeitos colaterais desaparecem ou diminuem de intensidade após 2 a 4 semanas do início do uso. Também deve-se evitar exposição demasiada ao sol (podem ocorrer reações de fotossensibilidade). A amitriptilina pode agravar sintomas psicóticos. Deve-se fazer ECG sempre que houver necessidade de usar doses altas, sobretudo em idoso ou suspeita de doença cardíaca. Está contraindicada quando IAM recente, distúrbios de condução cardíaca, prostatismo, retenção urinária, íleo paralítico e glaucoma. A retirada deve ser feita gradualmente

Adesivo de Lidocaína 5% ou Lidocaína gel 5%: podem ser considerados uma ótima opção para dor localizada, particularmente se houver alodínia, como, por exemplo, na maioria dos casos de neuralgia pós-herpética e neuropatia focal. As orientações de uso são:

- Adesivo de Lidocaína 5%: Aplicar por no máximo 12 horas. Reaplicar emplastro 12h após a retirada. Pode levar de 2 a 4 semanas até que efeito completo da dor seja observado
- Lidocaína gel 5%: É uma alternativa mais barata ao patch de Lidocaína e deve-se aplicar em local com dor neuropática utilizando gazes e micropore para fixar aplicação. Aplicar por no máximo 12 horas. Reaplicar 12h após a retirada. Pode levar de 2 a 4 semanas até que efeito completo da dor seja observado

Casos graves e/ou reversíveis: deve-se considerar discutir com um especialista sobre a possibilidade de outras técnicas de intervenção, como, por exemplo: radioterapia, estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS), bloqueios nervosos ou analgesia peridural ou intratecal

Verifique abaixo a tabela com as opções de adjuvantes disponíveis:

Antidepressivo Tricíclico		
Amitriptilina	Dose inicial: 25mg/noite Dose máxima: 150mg/noite	Provoca o sono. Particularmente eficaz na neuropatia diabética e neuralgia pós-herpética. Contraindicado para o paciente com glaucoma de ângulo estreito e arritmias cardíacas. Evitar em idosos, por maior chance de provocar efeitos colaterais
Nortriptilina	Dose inicial: 25mg/noite Dose máxima: 150mg/noite	Possuem os mesmos efeitos colaterais que a Amitriptilina, mas menos acentuados.
Anticonvulsivante		
Gabapentina	Dose inicial: 300mg 1 a 3x/dia Dose máxima: 3600mg/dia	Em pacientes idosos ou frágeis, deve-se prescrever meia dose na primeira semana, aumentando após esse período. Lembre-se de reduzir a dose em pacientes com acometimento renal
Pregabalina	Dose inicial: 50 a 150mg 2x/dia Dose máxima: 600mg/dia	Doses maiores devem ser prescritas apenas por especialistas. Lembre-se de reduzir a dose em pacientes com acometimento renal
Antidepressivo IRNS		

Duloxetina	60mg/dia	Útil em pacientes com dor de difícil controle associada à depressão. Boa resposta para dor neuropática, fibromialgia e dores musculoesqueléticas crônicas, como aquela associada à osteoartrite e a problemas lombares. Prescrever meia dose na primeira semana, aumentando após esse período
-------------------	----------	---

Atenção: Ao mudar de Gabapentina para Pregabalina deve-se considerar que se a Gabapentina for de:

- 300mg 3x/dia deve-se substituir por Pregabalina 100mg 2x/dia
- 600mg, 900mg ou 1200mg 3x/dia deve-se substituir por Pregabalina 200mg 2x/dia

NÁUSEA E VÔMITO

AVALIAÇÃO INICIAL

Investigar na anamnese

- Intensidade, duração, **frequência**, volume e qualidade
- Fatores de alívio e exacerbação
- Hábito intestinal
- Medicamentos em uso

Avaliar no exame físico

- Sinais de desidratação, sepse e toxicidade por drogas
- Avaliar sistema nervoso central
- Proceder exame físico abdominal completo

Exames complementares

- Função renal e eletrólitos
- Cálcio e glicemia
- Marcadores hepáticos e pancreáticos
- Hemograma
- Rx de abdome agudo (se houver suspeita)

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

- Realizar pequenas refeições e em intervalos menores, em ambientes calmos e arejados
- Não obrigar o paciente a comer o que ele não tolera
- Ofertar alimentos que sejam de preferência do paciente
- Se possível, evitar que o paciente deite logo após as refeições. Se o paciente estiver acamado, elevar a cabeceira da cama por uma ou duas horas após a ingestão de alimentos
- Evitar preparações em temperaturas extremas, preferindo alimentos à temperatura ambiente ou frios
- Evitar ingestão de líquidos durante as refeições (minimiza a pressão no estômago e refluxo)

- Recomendar de oito a dez copos de líquido entre as refeições para evitar desidratação. Dar preferência aos líquidos claros (água e sucos). Gelo, gengibre, caldos e gelatinas são boas opções
- Regularizar hábito intestinal - constipação é comum causa de náusea
- Garantir boa higiene oral
- Fornecer acupuntura e apoio psicológico

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Definir a causa e tratá-la quando possível
- Inicialmente, deve-se prescrever um antiemético de primeira linha, associado a um de segunda ou de terceira linha SN e avaliar a resposta a cada 24h até atingir o controle (ver tabelas abaixo)
- A associação de mais de um antiemético pode ser apropriada
- Considerar infusão contínua subcutânea se os sintomas persistirem ou se o paciente estiver incapaz de tomar qualquer medicação via oral
- Tentar evitar a prescrição de procinéticos (exemplo: Metoclopramida) associada a anticolinérgicos (exemplo: Escopolamina). A associação das duas medicações reduz o efeito dos procinéticos
- Atentar para o risco de síndrome extrapiramidal ao usar doses altas e prolongadas de Metoclopramida
- Considerar a via de administração: a via oral pode não ser disponível devido aos vômitos ou por estase gástrica
- Atentar para desidratação e hipocalcemia, complicações comuns do vômito. Nesses casos, evitar o uso de AINES, iECA e diuréticos
- A regurgitação provocada pela obstrução esofágica pode ser reportada pelo paciente como vômito. Nesses casos, o antiemético não aliviará a regurgitação, porém, poderá auxiliar se houver náusea associada. Indicar intervenção endoscópica, se apropriado

Utilize a tabela abaixo para associar as classes de antieméticos apropriadas para o tratamento das principais causas de náusea e vômito.

Causas	Provocado por	Achados Clínicos	Classes de drogas
Medicamentos, Inflamação ou Comorbidades	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Drogas (opioides, AINES, antibióticos, antidepressivos, álcool...) ▫ Inflamação crônica ▫ Causa metabólica (uremia, hipercalcemia, cetoacidose, infecção, toxinas circulatórias, doença de Addison) ▫ Quimioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Persiste mesmo após muitos vômitos. ▫ Pouco alívio após vomitar 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Antagonistas do receptor de dopamina (Haloperidol, Levomepromazina ou Proclorperazida) ▫ Antagonistas de 5-HT3 (ondansetrona) ▫ Metoclopramida
Quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Estímulo da zona de gatilho e do centro do vômito 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Pode apresentar náusea e vômitos antecipatórios 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Antagonistas de 5-HT3 (ondansetrona) ± esteroide ▫ Aprepitanto (se alta chance de êmese)

	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Liberação de serotonina no tubo gastrointestinal 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Quanto mais quimioterápicos pior 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Considerar benzodiazepínicos se náusea antecipatória
Distúrbios de motilidade (estasia gástrica e obstrução intestinal)	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Drogas (opioides e anticolinérgicos) ▫ Hipercalemia ▫ Obstrução mecânica 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Vômitos intermitentes e em grande volume com leve melhora sintomática após a êmese ▫ Saciedade precoce ▫ Refluxo ▫ Soluços 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Estase gástrica: Procinéticos (Metoclopramida e Domperidona). ▫ Obstrução intestinal: Retirar procinéticos, iniciar antagonista do receptor de dopamina (haloperidol ou levomepromazina) ± Anticolinérgico (Meclizina ou Escopolamina). Considerar sondagem nasogástrica de alívio se distensão abdominal com sintomas muito intensos. Lembrar de restringir o volume de hidratação. ▫ Considerar proteção gástrica ▫ Considerar esteróides
Aumento da pressão intracraniana (PIC) ou causa vestibular	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Lesão expansiva ▫ Tumor de base do crânio ▫ Ototoxicidade ▫ Doença de orelha média 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Cefaleia ▫ Alteração do nível de consciência ▫ Vertigem (tontura com náusea) ▫ Náusea associada ao movimento (cinetose) 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Aumento da PIC: Pode-se utilizar Esteróides, Levomepromazina ou Proclorperazida. Considerar anticolinérgico (Escopolamina ou Meclizina) ▫ Causa vestibular: Dimenidrato
Irritação gástrica ou esofágica	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Tumor ▫ Toxina ▫ Inflamação ▫ Infecção (cândida, herpes simplex) ▫ Corpo estranho 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Náusea constante ▫ Piora com alimentação ▫ Sintomas de refluxo ▫ Cólica gástrica 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Se infecção presente, tratá-la ▫ Antiácidos e Inibidor de Bomba de Prótons ▫ Anticolinérgicos (Escopolamina)
Multifatorial / Desconhecido / Refratário			<ul style="list-style-type: none"> ▫ Metoclopramida ± Levopromazina ▫ Esteroides ▫ Se alta chance de causa central (dor, medo e ansiedade) considerar benzodiazepínicos

A tabela a seguir contém informações relevantes sobre os antieméticos mais utilizados na prática médica

Primeira Linha			
Metoclopramida	10-20mg 4x dia VO, SC, IV	Protocinético. Útil se estasia gástrica e náusea por uso de opioide	Pode causar dor em pacientes com obstrução intestinal. Evitar uso com antimuscarínico devido a efeitos opostos
Domperidona	10-20 mg 4x dia VO		
Haloperidol	1mg-2mg 2 ou 3x/dia VO ou SC	Útil se a causa for química (ex.: drogas, falência renal, hipercalemia)	Aumenta chance de crise epiléptica
Ondansetrona	8mg 3x dia VO Ou 4mg 2x dia IV ou SC	Atua na zona de gatilho quimiorreceptora. Útil se causa for quimioterapia	Causa constipação
Escopolamina	20mg 4x/dia	Anticolinérgico. Útil se obstrução intestinal ou aumento da pressão intracraniana	Causa constipação

Segunda Linha			
Meclizina	25–100mg VO 1x/dia	Anticolinérgico. Útil se obstrução intestinal ou aumento da pressão intracraniana	Causa constipação
Levomepromazina	6mg-12mg à noite VO, SC	Útil se a causa for química	Aumenta chance de crise epiléptica
Olanzapina	2,5 – 5mg VO 1-2x/dia	Depressão do centro do vômito	Deve ser empregado por períodos curtos
Terceira Linha			
Aprepitanto	125mg VO 1h antes da quimioterapia + 80mg 1x/dia nos 2-3 dias seguintes OU 40mg 3h antes da QTx	Prevenção de êmese por quimioterapia ou como complicação cirúrgica	Cefaléia, constipação, dispepsia, falta de apetite e fadiga.
Dimenidrinato	100mg 4x/dia ou 6x/dia	Anti-histamínico com inibição central do vômito	Pode provocar sono
Dexametasona	4 a 8mg 1x/dia	Útil se distúrbio de motilidade, após procedimento cirúrgico ou hipertensão intracraniana	

CONSTIPAÇÃO

AVALIAÇÃO INICIAL

A correta avaliação do paciente constipado deve contemplar os seguintes aspectos:

Anamnese:

- Dor abdominal
- Tenesmo
- Náusea e vômito
- Anorexia
- Flatulência
- Cólica pós-prandial
- Histórico cirúrgico
- Retenção e incontinência urinária
- Epidemiologia para doença de Chagas

Exame físico e complementar:

- **Exame físico:** distensão abdominal, massa palpável, dor mediante palpação, toque retal ou estomal, presença de halitose
- **Exame complementar:** raio-x abdominal, cálcio sérico, hemograma, glicemia, T4, TSH

São sinais de alerta para considerar colonoscopia:

- Enterorragia
- Dor intensa abdominal
- Perda de peso
- Anorexia
- Tenesmo
- Febre
- >50 anos

Além disso, deve-se avaliar:

- Hábito intestinal atual e comparar com o habitual do paciente (frequência, consistência, facilidade de passagem, tenesmo, sangramento)
- Se há o uso de laxativos prévios e se houve efetividade no alívio dos sintomas
- As possíveis causas de constipação:
 - Medicação: opioides, AINEs, benzodiazepínicos, tricíclicos, anticonvulsivantes, ondansetrona, escopolamina, bloqueador de canais de cálcio
 - Efeito secundário de outras doenças (exemplos: desidratação, imobilidade, ingesta reduzida, anorexia)
 - Presença de tumor reduzindo a luz intestinal (internamente ou externamente ao intestino)
 - Dano à medula espinhal, cauda equina ou nervos pélvicos
 - Hipercalemia
 - Outras doenças (exemplos: diabetes, hipotireoidismo, doença diverticular, fístula intestinal, hemorroidas, doença de parkinson, hipocalemia, hérnia de parede abdominal, bridas pós-cirúrgicas, doença de Chagas)

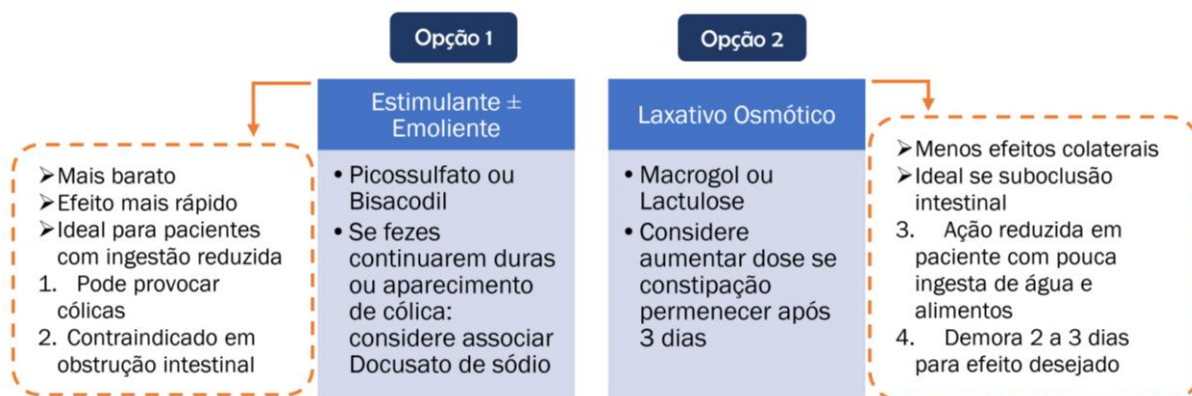
MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

- Adicionar um banco para elevar os joelhos no momento da evacuação de fezes (facilita o relaxamento esfínteriano)
- Garantir uma boa ingesta de fluidos (dois litros por dia, se possível) e revisar a dieta
- Assegurar que o paciente tenha privacidade e acesso ao banheiro
- Reeducação do hábito intestinal - pacientes são estimulados a evacuar no mesmo horário e evitar inibir o desejo
- Ingestão de 30g/dia de fibras é recomendado de forma gradual para evitar o aumento do processo fermentativo com produção excessiva de gases, distensão e desconforto abdominal em pacientes com motilidade intestinal preservada e alta ingestão de fluidos (mais de dois litros por dia)
- Estimular atividade física

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Todos os pacientes usando opioides devem receber prescrição de laxantes orais regularmente (estimulante - associado ou não a um emoliente - ou osmótico), exceto se houver contraindicação. Aumentar o consumo de fibras na dieta não é muito efetivo em pacientes que usam opioides
- Doses de medicação devem ser tituladas de acordo com a resposta do indivíduo
- O uso de laxativos orais é preferencial a outras vias de administração
- Deve-se estimular movimentação e dieta precocemente
- As preferências do paciente devem ser levadas em consideração
- Revisar dose de laxativo quando medicação opioide é iniciada ou dose é alterada
- Laxativos estimulantes não devem ser usados em pacientes com obstrução intestinal
- Tratamento com fibras vegetais e sintéticas são laxativos fracos e apenas funcionam em pacientes com motilidade intestinal preservada e grande ingestão de fluidos (mais de dois litros de água por dia). Além disso, podem provocar distensão abdominal e flatulências

Tratamento inicial



Tratamento Retal

- O uso de laxantes retais está indicado quando:
 - Impactação fecal. Nesse caso, o tratamento é feito de acordo com o tipo de fezes. Se:
 - Amolecidas: supositório de glicerina
 - Endurecidas: enema glicerinado
 - Constipação que não responde adequadamente aos laxantes orais
 - Pacientes que não toleram laxantes orais
 - Para o esvaziamento retal em pacientes com compressão da medula espinal
- Paciente paraplégico ou restrito ao leito
 - Ajuste a dose de laxativo para manter fezes firmes, mas não endurecidas
 - Use intervenções retais no intervalo de um a três dias para evitar possíveis impactos que possam resultar em incontinência fecal, fissuras anais ou ambos

Atenção: não aplique medicação retal se o reto estiver distendido e vazio

Constipação severa por opioides

- Uma opção para tratamento de constipação severa quando comprovadamente causada por opioides é o uso de Metilnaltrexone na dose de **0,15 mg/kg SC**
- O Metilnaltrexone é um antagonista ao opioide (antagonista μ) sem efeito central – ou seja, não interfere na analgesia e não provoca crise de abstinência – e tem efeito rápido (até quatro horas, mas normalmente tem efeito em até trinta minutos)
- Devido à ação rápida do Metilnaltrexone, assegure que o paciente tenha acesso facilitado ao banheiro no momento da aplicação
- Apesar de sua imensa utilidade, o Metilnaltrexone não se encontra disponível para venda em território brasileiro

Emoliente			
Docusato de Sódio	60-400mg 1x a 3x/dia VO	Estimulante leve quando ministrada dose alta de opioide. Gosto ruim. Normalmente é vendido associado ao Bisacodil	Ação em 6-12h
Lubrificante			
Óleo Mineral	1 a 2 colheres de chá por dia	Reduz a absorção de vitaminas e medicações lipossolúveis	Ação em 6-8h
Laxativos Osmóticos			
Lactulose	15-20mL 1x ou 2x/dia VO	Pode causar distensão abdominal. Pouco eficaz se o paciente não possui nível de ingestão elevado	Ação em 24-48h

Polietilenoglicol (PEG)	1 a 8 sachês/dia	Pacientes com ingestão reduzida de alimentos podem achar o remédio muito volumoso para ingerir. Pode demorar 1 a 3 dias para fazer efeito	Ação em 2- 4 dias
Estimulantes			
Picossulfato	10 a 20 gotas (5 a 10mg) à noite	Pode causar cólicas. Não usar em pacientes com obstrução intestinal.	Ação em 6-12h
Bisacodil	5-15mg até 2x/dia	Induz peristalse e reduz a absorção de água e eletrólitos no cólon. Pode provocar cólicas.	Ação em 6-12h
Sene	1-2 comprimidos/dia	Não usar em pacientes com obstrução intestinal	Ação em 6-12h
Tratamento retal			
Supositório de Glicerina	1x4g supositório via retal se necessário (SN)	Umidificar com água, se necessário	Ação em 15-60 min
Supositório de Bisacodil	10-20mg	Usar com cuidado em pacientes frágeis ou idosos	Ação em 20-60 min
Enema de Glicerina	500ml VR		Ação em 5-60 min
Enema de Fosfato	133ml VR		
Antagonista μ periférico			
Metilnaltrexone	150 mcg/Kg SC em dias alternados	Não utilizar em casos de obstrução intestinal ou se houver risco aumentado de perfuração intestinal. Ação rápida	Ação em 30 min a 4h

OBSTRUÇÃO INTESTINAL MALIGNA

AVALIAÇÃO INICIAL

A obstrução intestinal maligna normalmente se associa à sobrevida limitada (média de 10 semanas). O objetivo do tratamento deve ser oferecer qualidade de vida ao paciente e o envolvimento multiprofissional é essencial para garantir esse objetivo.

Deve-se realizar exame de imagem (raio-x, TC abdominal com contraste oral e endovenoso) e exame retal para excluir impaction fecal.

Excluir outras causas de obstrução não neoplásica

- Neuropatia paraneoplásica
- Constipação crônica
- Disfunção intestinal relacionada à Morfina
- Íleo adinâmico
- Doença inflamatória intestinal
- Desidratação
- Trombose mesentérica
- Brida e complicações radioterápicas

Intervenções cirúrgicas devem ser discutidas levando em consideração as vontades pessoais do paciente, o tipo de procedimento indicado e o índice de desempenho do paciente. Mesmo procedimentos simples (como ostomias percutâneas), intervenções endoscópicas ou ressecções multiviscerais podem se tornar fúteis e aumentar a mortalidade e morbidade.

Fatores de risco para complicações relacionadas à procedimentos cirúrgicos

- Câncer intra-abdominal difuso, com mais de um ponto de obstrução.

- Massa intra-abdominal difusa e palpável
- Ascite volumosa
- Doença metastática extra-abdominal, mesmo que assintomática
- Pacientes frágeis, idosos com performance reduzida ou desnutridos
- Radioterapia abdominal ou pélvica prévia
- Obstrução intestinal múltipla em intestino delgado

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

- Manter o paciente em jejum absoluto (NPO), sobretudo no período agudo (2 a 3 dias ou até melhora sintomática)
- Após o período agudo, pode-se oferecer cubos de gelo ou pequenas quantidades de comida ou bebida conforme aceitação
- Cuidados frequentes com a boca são essenciais – umidificar mucosa oral, utilizar enxaguantes bucais, escovar os dentes
- Evitar o uso exacerbado de antieméticos – sedação pode aumentar o risco de aspiração
- Considerar hidratação IV ou SC para pacientes desidratados que não estejam na iminência da morte

Intervenções não farmacológicas

- Considere o uso de sonda nasogástrica (SNG) para alívio inicial dos vômitos ou se refratariedade às medidas farmacológicas. A SNG normalmente não é tolerada por longos períodos, mas pode ser preferível aos vômitos incoercíveis ou fecaloides.
- Pacientes magros podem se beneficiar de gastrostomia para alívio sintomático, sobretudo em casos de obstrução gastroduodenal ou jejunal
- A nutrição parenteral total (NPT) é apropriada para apenas um pequeno grupo de pacientes. A NPT é reservada para pacientes com prognóstico longo. As vantagens desse tratamento devem ser discutidas

MANEJO FARMACOLÓGICO

Pacientes com obstrução intestinal maligna normalmente apresentam dor, náusea e vômitos. O objetivo do tratamento é minimizar ou erradicar esses sintomas e, se possível, permitir a desobstrução da luz intestinal o mais rapidamente possível.

Sintoma	Droga
Dor + Cólica	Opioide forte + Escopolamina 20mg 6/6h IV ou SC Ver capítulo de Dor
Dor Neuropática	Adjuvante para manejo de dor neuropática Ver capítulo de Dor Neuropática
Náusea e Vômito	Escopolamina 20mg 6/6h IV ou SC + Haloperidol 1-5mg 3-4x/dia SC + Dexametasona 4mg 8/8h IV ou SC por 2 dias, seguido de 4 mg 12/12h IV ou SC por dois dias e depois manter em 4mg IV ou SC pela manhã + Ondansetrona IV ou SC 8mg 8/8h IV ou SC (se náusea refratária)
Terapia Antissecretiva	Escopolamina 20mg 6/6h IV ou SC + Octreotida 100-300mcg 8/8h SC

A Dexametasona deve ser administrada em sítio exclusivo, por risco de incompatibilidade com outros medicamentos e risco de irritação local

CAQUEXIA

AVALIAÇÃO INICIAL

A caquexia é uma síndrome multifatorial, na qual há perda contínua de massa muscular (com perda ou não de massa gorda), não podendo ser totalmente revertida pela terapia nutricional convencional, conduzindo ao comprometimento funcional progressivo do organismo.

Uma ferramenta inicial bastante útil para avaliar o risco nutricional do paciente é aplicar o ASG-PPP para todo paciente com relato de perda de peso. Essa avaliação é baseada não só no peso, mas, também em outros fatores, como presença de anorexia, doença de base, edema e fatores inflamatórios, possibilitando, assim, a intervenção nutricional precoce, antes que a desnutrição se torne mais grave.

Dessa forma, é possível melhorar a resposta ao tratamento e, conseqüentemente, a qualidade de vida desses pacientes. Inicialmente deve-se realizar:

- Antropometria (peso, altura e presença de edema): Deve-se utilizar a proporção de peso perdido e não medidas individuais de peso que são pouco informativas
- Determinação da massa magra: Deve-se utilizar a bioimpedância ou subtrair do peso total a massa adiposa determinada, com o uso de medidas de pregas cutâneas, sendo a área adiposa do braço a mais comumente utilizada como parâmetro
- Avaliação da força muscular: Deve-se utilizar o dinamômetro ou a avaliação subjetiva da força muscular no exame físico, considerando comorbidades e componentes psicossociais
- Exames laboratoriais: Pelo menos hemoglobina, albumina sérica e PCR devem ser avaliados em pacientes sob risco de caquexia, uma vez que podem auxiliar na determinação do plano terapêutico

CLASSIFICAÇÃO DA CAQUEXIA

- Pré-caquexia

Definida pela perda de peso <5% + anorexia + alterações metabólicas

- Caquexia

Definida por um dos itens a seguir:

- Perda de peso >5%
- IMC <20 e perda de peso >2%
- Sarcopenia perda de peso >2% + redução da ingestão alimentar/ inflamação sistêmica

- Caquexia Refratária

Definida pelo catabolismo não responsivo ao tratamento contra o câncer + baixo escore de desempenho + expectativa de vida < 3 meses

MANEJO

O manejo é realizado de acordo com a classificação:

- Pré-caquexia: Monitoração e intervenção nutricional
- Caquexia: Tratamento multimodal de acordo com o fator desencadeante principal (com priorização dos fatores contribuintes reversíveis)

- Caquexia Refratária: Alívio dos sintomas, suporte psicossocial e discussão ética sobre terapia nutricional

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

Explicar para pacientes e familiares que a redução da ingesta pode ser consequência do processo natural da doença

- Fornecer refeições com pequenas porções, priorizando os desejos do paciente
- Suplementos alimentares líquidos são caros, mas podem ser uma opção útil
- Se tolerado, adicionar às refeições complementos com alto teor calórico, como manteiga e queijo
- Preferir alimentos fáceis de mastigar, evitando alimentos secos, duros, picantes ou ácidos
- Tentar não falar sobre comida o tempo todo e envolver o paciente no contexto social da alimentação
- Avaliar afecções orais, garantir boa higiene oral e fornecer prótese dentária apropriada para proporcionar alimentações mais prazerosas
- Estimular exercício físico e o uso de técnicas de relaxamento

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Indicação de suporte nutricional: Quanto mais precoce o suporte nutricional, maior a chance de evitar caquexia, inclusive em pacientes sem risco nutricional. Por isso, para evitar o desenvolvimento da caquexia, pacientes com pré-caquexia já necessitam desse suporte. Além disso, é importante ressaltar que, se paciente estiver em estágio final da vida ou não deseja se alimentar, é necessário avaliar a situação com cautela, uma vez que, em alguns casos, pode ser uma medida fútil de postergação da vida, podendo até mesmo aumentar o desconforto. Nesse último caso, procure o auxílio da equipe de Cuidados Paliativos.
- Estimulantes do apetite: As medicações a seguir são benéficas por curto período de tempo, mas devem ser consideradas, uma vez que aumentar o apetite pode melhorar a qualidade de vida. Porém, antes de medicar, deve-se explorar se o paciente realmente deseja comer, pois a falta do apetite é comum e é um fenômeno normal em doenças avançadas. Além disso, o paciente não deve ser coagido a comer nada contra a sua vontade. As opções são as seguintes:
 - **Corticoides:** Dexametasona 4mg ou Prednisona 30mg VO pela manhã. Reduz náusea, aumenta o apetite, a energia e o bem-estar. A ação é rápida, mas o efeito tende a diminuir após 3-4 semanas. Usar associado a inibidor de bomba de prótons. Efeitos colaterais: retenção de fluidos, candidíase, miopatia, gastrite e hiperglicemia
 - **Progestógenos:** Megestrol dose inicial 160mg/dia. Revisar dose entre 2 a 3 semanas. Demora algumas semanas para fazer efeito, mas o benefício é mais prolongado do que o dos esteróides. Útil para pacientes com prognóstico longo. Baixas doses estimulam apetite tão eficientemente quanto altas doses, entretanto, há o aumento significativo do risco de tromboembolismo pulmonar. Reduzir dose gradativamente se usado por mais de três semanas (supressão adrenal). Efeitos colaterais: náusea, retenção fluida e risco aumentado de tromboembolismo
 - **Procinéticos:** Devem ser considerados em casos de saciedade precoce, náusea ou vômito associado. Considere Metoclopramida 10mg ou Domperidona 10mg 3x/dia 30min antes das refeições. Útil para pacientes com saciedade precoce, esvaziamento gástrico retardado, gastroparesia ou náusea

DEPRESSÃO

AVALIAÇÃO INICIAL

O diagnóstico e manejo da depressão em cuidados paliativos são complicados devido ao impacto físico e psicossocial das doenças avançadas. Além disso, sintomas somáticos, como fadiga, perda de peso e hiporexia, podem mimetizar sintomas depressivos, dificultando a determinação se tais sintomas são devidos a depressão ou secundários a uma doença avançada. O impacto da depressão não consiste apenas no estresse psicológico, mas reflete-se também, na qualidade de vida, aderência ao tratamento e na maneira pela qual o paciente lida com a progressão da doença, podendo prolongar a internação hospitalar, diminuir a sobrevida, aumentar as petições de eutanásia e o risco de suicídio, amplificando, dessa forma, sintomas como dor e angústia do paciente, seus familiares e amigos.

Segundo o DSM-V, o **diagnóstico de depressão** é baseado na presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas por no mínimo duas semanas que não sejam causa de efeitos fisiológicos de substância ou condição médica, que causem sofrimento significativo e que representem uma mudança em relação ao funcionamento anterior, sendo pelo menos um dos sintomas o **humor deprimido** ou **perda do interesse ou prazer**:

- Humor deprimido
- Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas atividades
- Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou até mesmo redução ou aumento do apetite
- Insônia ou hipersonia
- Agitação ou retardo psicomotor
- Fadiga ou perda de energia
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva
- Capacidade diminuída de se concentrar
- Pensamentos recorrentes de morte na maior parte do dia e quase todos os dias.

Quadros clínicos que podem simular depressão e que, por isso, devem ser descartados antes do diagnóstico

- Luto e tristeza
- Alterações endocrinológicas (como, por exemplo, as causadas por hipotireoidismo e insuficiência renal crônica)
- Alterações metabólicas (como, por exemplo, as causadas por anemia, uremia, déficit de vitamina B12 ou ácido fólico e alterações séricas de sódio, potássio, cálcio e magnésio)
- Alterações cerebrais (como, por exemplo, as causadas por delirium hipoativo, metástases cerebrais, Doença de Parkinson e demências)
- Uso de medicações que causam retardo motor (como, por exemplo, Haloperidol, Tamoxifeno, Baclofeno, IF-2, Anfotericina B, corticoides e quimioterápicos)

Depressão	Tristeza
Sentimento de marginalidade e solidão	Capaz de sentir-se conectado com outros
Sentimentos de permanência do quadro	Sentimento que algum dia irá acabar
Ruminação, arrependimento em (por?) irredimíveis erros	Capaz de apreciar memórias felizes
Autodepreciação constante e incessante	Senso de autoestima flutuante
Sem esperança no futuro	Tem expectativas

Diverte-se com poucas atividades	Mantém capacidade para o prazer
Pensamentos e comportamento suicida	Deseja viver

Ferramentas de Screening

O screening não tem como objetivo diagnosticar a depressão, mas sim identificar se há suspeita da presença de sintomas depressivos num determinado paciente, prosseguindo-se, posteriormente, para o diagnóstico, realizado por meio do DSM-V. Ou seja, as ferramentas de screening podem ser úteis para detectar possíveis casos, porém não são diagnósticos.

O screening de duas perguntas demonstrou sensibilidade de 97% e especificidade de 67%. São elas:

1. Durante o último mês, você se sentiu incomodado por se sentir desanimado, deprimido ou sem esperança?
2. Durante o último mês, você se sentiu incomodado por demonstrar pouco interesse ou prazer em fazer algo?

Abaixo, estão citados outros métodos de screening para depressão bastante utilizados atualmente:

- Método da pergunta única
- *Escala de Depressão de Beck*
- *Escala de Depressão de Hamilton*
- Escala Visual Analógica
- Escala de Depressão Geriátrica
- Escala Rápida de Depressão pós-parto de Edimburgo

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

Independentemente da terapia escolhida, é fundamental que a intervenção tenha como foco tanto o paciente quanto o familiar e envolva o fornecimento de informações atualizadas sobre o estado de saúde, evolução da doença e tratamentos disponíveis de maneira sensível e empática.

- Psicoterapia de suporte individual ou em grupo, hipnoterapia, terapia cognitivo-comportamental, terapia de resolução de problemas, terapia existencial e grupo de autoajuda, além de educação de paciente e familiar
- O controle adequado da dor contribui significativamente para a melhora dos sintomas depressivos

MANEJO FARMACOLÓGICO

Drogas	Dose Inicial	Dose Habitual
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina		
Citalopram	10mg	20-40mg
Escitalopram	5mg	10-20mg
Sertralina	50mg	100-200mg
Paroxetina	10mg	20-50mg
Fluoxetina	10mg	20mg

Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noraepinefrina		
Duloxetina	30mg	60-120mg
Venlafaxina	25mg 2-3x/dia	25 a 50mg 2-3x/dia
Venlafaxina XR	37,5mg	75-150mg
Desvenlafaxina	25mg	50-100mg
Antidepressivos tricíclicos		
Amitriptilina	25mg	150mg
Nortriptilina	25mg	150mg
Antidepressivos Atípicos		
Mirtazapina	7,5mg	15-45mg
Bupropiona	150mg pela manhã	150-300mg 1-2x/dia
Polimodais		
Vortioxetina	5-10mg	20mg
Vilazodona	10mg	20-40mg
Psicoestimulantes		
Metilfenidato	2,5mg	10mg
Modafilina	100mg	200mg

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS)

- Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) tendem a ser mais seguros e melhor tolerados que outros antidepressivos e, por isso, geralmente são usados como primeira linha. A maioria dos outros antidepressivos tem respostas equivalentes entre si e, por isso, a escolha deve ser individualizada de acordo com o grau de comprometimento de funções sistêmicas, dos efeitos colaterais e das limitações que cada antidepressivo apresenta para a patologia de base e comorbidades associadas. Atentar para seus efeitos colaterais (prescrever metade da dose na primeira semana pode evitar efeitos colaterais).
- Características gerais dos ISRS:** Os efeitos antidepressivos dos ISRS tendem a surgir em torno de quatro a oito semanas após o início da medicação. Porém, os efeitos colaterais iniciam-se logo após as primeiras doses tomadas e, geralmente, parte deles diminui ao longo do tratamento. Portanto, no início do tratamento com ISRS pode haver um aumento da ansiedade, devendo-se considerar o uso de benzodiazepínicos para alívio dos sintomas. Todos os ISRS tendem a causar sintomas gastrointestinais e podem causar disfunção sexual. Ao se iniciar um ISRS, geralmente há uma tendência inicial de perda no apetite, e, posteriormente, pode acontecer, porém não necessariamente, um ganho ponderal devido à melhora natural dos sintomas antidepressivos, especialmente com a Paroxetina. Se houver função renal ou hepática reduzida, atentar para os ajustes necessários de dose. Além disso, deve-se ficar atento para sintomas de hiponatremia, particularmente relevante em idosos, mulheres e indivíduos de baixo peso. Portadores de Doença de Parkinson devem evitar o uso

de ISRS pela possibilidade de piora dos sintomas motores, especialmente a Fluoxetina) As opções mais usadas são:

- **Citalopram:** Por possuir um leve poder sedativo, é útil especialmente em casos de agitação ou ansiedade associada. É o mais seletivo para recaptação de serotonina e praticamente não inibe enzimas hepáticas e, portanto, tem sido usado em pacientes com doenças físicas associadas. Possui uma ação terapêutica um tanto inconsistente na menor dose, o que costuma exigir o aumento da dose para otimizar o tratamento. Todavia, o aumento da dose é limitado, em virtude do potencial de prolongamento QT. É o único ISRS que possui apresentação IV, porém, não existe em nosso meio. Precauções: Evitar associação com IMAO. Reduzir doses em pacientes com insuficiência renal ou hepática
- **Escitalopram:** Comparativamente ao Citalopram, possui menos efeito sedativo, menos chance de causar prolongamento de QT, possui ação mais potente e farmacocinética linear (os níveis séricos aumentam proporcionalmente à dose administrada). Disponível em gotas. Praticamente não inibe enzimas hepáticas e, portanto, tem sido usado em pacientes com doenças físicas associadas. Dentre os ISRS é o mais tolerado. Precauções: Evitar associação com IMAO
- **Sertralina:** É o segundo mais potente inibidor de recaptação de serotonina. Devido à sua provável atividade antiplaquetária, tem sido utilizada como prevenção de IAM e AVE em pacientes deprimidos com doença coronariana, em risco de ataques cardíacos ou cerebrais. Possui alta seletividade para serotonina e baixo potencial de inibição de enzimas hepáticas. Possui propriedades ativadoras, sendo uma boa opção para pacientes com redução de energia, apatia, hipersonia e menos preferível para pacientes com ansiedade e insônia. Além disso, é uma boa opção para depressão psicótica ou delirante. É o que mais causa diarreia. Precauções: Usar com cautela ou não usar em pacientes com insuficiência renal ou hepática.
- **Fluoxetina:** Possui o tempo de ação antidepressiva mais longo ($t_{1/2}$ de 2-3 dias), podendo ser vantajoso para redução dos sintomas de retirada súbita, se necessário. Possui propriedades ativadoras, sendo uma boa opção para pacientes com redução de energia, apatia, hipersonia e menos preferível para pacientes com ansiedade e insônia. É o único ISRS aprovado para depressão associada à bulimia. Possui interação com muitas medicações e, por isso, em muitos casos não é o mais indicado. Evitar em idosos. Precauções: atentar para seu longo período de meia vida, devendo-se aguardar o tempo necessário da depuração após sua retirada para iniciar outro antidepressivo. Administrar durante ou logo após as refeições para evitar irritação gástrica. Evitar eletroconvulsoterapia concomitante. Há relatos de aumento do número de convulsões. Evitar uso concomitante com IMAO ou álcool
- **Paroxetina:** É o mais potente inibidor de recaptação de Serotonina. Possui maior efeito sedativo que os demais, sendo especialmente útil para pacientes com ansiedade e insônia. É um potente inibidor das enzimas hepáticas, facilitando para a ocorrência de mais interações medicamentosas. Dos ISRS é o que mais causa disfunção sexual. Devido aos seus efeitos anticolinérgicos, geralmente causa constipação. Evidências sugerem que a Paroxetina apresenta boa tolerabilidade no tratamento de pacientes com depressão associada à doença cardíaca isquêmica. Precauções: em idosos, o nível sérico se eleva duas vezes mais. A Paroxetina é notória por causar reações de abstinência com sua interrupção súbita, visto que a não ingestão de duas doses seguidas é suficiente para provocar sintomas de retirada. Se grávida, pode causar problemas na gestação. Evitar em idosos. Precauções: deve-se ter

cautela especial em pacientes diabéticos e com insuficiência renal ou hepática. Se ocorrer convulsões, suspender

Antidepressivos duais

- **Duloxetina:** útil em pacientes com dor de difícil controle associada à depressão, visto que, além da depressão, apresenta boa resposta para dor neuropática, fibromialgia e dores musculoesqueléticas crônicas, como aquela associada à osteoartrite e a problemas lombares. Precauções: atentar para o risco de aumento da pressão arterial (PA)
- **Venlafaxina:** Na sua dose habitual (75mg/dia VO), age apenas como inibidor da recaptção da serotonina, necessitando aumento da dose para se obter seu efeito dual (150mg/dia VO). Dosagens maiores aumentam a chance de hipertensão arterial (risco mais relevante do que com a Duloxetina) e efeitos anticolinérgicos. A Venlafaxina XR reduz significativamente os efeitos colaterais e permite a administração de apenas 1x/dia. Dose recomendada: iniciar com 75mg/dia VO 2-3x/dia e aumentar após intervalo de quatro dias. Para pacientes ambulatoriais com depressão moderada, a dose pode ser de 150mg/dia. Se for formulação XR, faz-se 75mg ou 150mg 1x/dia. Precauções: em função do seu potencial de elevação pressórica sustentada, recomenda-se a monitoração de PA. Se a PA se mantiver elevada, a recomendação é diminuir a dose ou descontinuar o medicamento. Além disso, assim como a Paroxetina, a Venlafaxina é notória por causar reações de abstinência com sua interrupção súbita, devendo, portanto, diminuir as doses em um período mínimo de duas semanas. É contraindicada sua associação com IMAO
- **Desvenlafaxina:** Útil especialmente em mulheres com sintomas em período perimenopausa, devido a sua eficácia na redução de sintomas vasomotores. Atentar para o risco de aumento da pressão arterial (PA). Precauções: o aumento da dose além de 50mg/dia está associado a efeitos colaterais como hipertensão e hipercolesterolemia. Atentar para realizar uma descontinuação gradual

Antidepressivos Tricíclicos:

- **Amitriptilina:** útil especialmente se houver dor neuropática associada. Além disso, devido ao seu efeito colateral de aumento do sono e do ganho ponderal, pode ser útil para pacientes com insônia e baixo apetite. Apesar disso, geralmente causa boca seca, visão turva, constipação, retenção urinária, hipotensão, tontura e até-arritmias. Devido aos seus efeitos colaterais exacerbados, deve-se evitar em idosos. Os efeitos sedativos aparecem já nos primeiros dias de uso, enquanto os efeitos antidepressivos podem demorar de quatro a seis semanas para ocorrer. Precauções: alertar o paciente que Amitriptilina pode causar hipotensão, reduzir os reflexos e a atenção e, por isso, deve-se tomar cuidado com atividades que exijam reflexos rápidos, como, por exemplo, dirigir. Deve-se esclarecer que os efeitos colaterais desaparecem ou diminuem de intensidade após duas a quatro semanas do início do uso e evitar exposição demasiada ao sol (podem ocorrer reações de fotossensibilidade). A Amitriptilina pode agravar sintomas psicóticos. Deve-se fazer ECG sempre que houver necessidade de usar doses altas, sobretudo em idosos ou suspeita de doença cardíaca. Está contraindicada quando IAM recente, distúrbios de condução cardíaca, prostatismo, retenção urinária, íleo paralítico e glaucoma. A retirada deve ser feita gradualmente
- **Nortriptilina:** Possui os mesmos efeitos colaterais que Amitriptilina, porém em menor intensidade. Quando necessário ser utilizado um antidepressivo tricíclico no idoso, a Nortriptilina é a de escolha. Precauções: alertar o paciente que Nortriptilina pode causar hipotensão, reduzir os reflexos e a atenção e, por isso, deve-se tomar cuidado com atividades que exijam reflexos rápidos, como, por exemplo, dirigir. Deve-se esclarecer que os efeitos

colaterais desaparecem ou diminuem de intensidade após duas a quatro semanas do início do uso e evitar exposição demasiada ao sol (podem ocorrer reações de fotossensibilidade). A Nortriptilina pode agravar sintomas psicóticos. Deve-se fazer ECG sempre que houver necessidade de usar doses altas, sobretudo em idoso ou suspeita de doença cardíaca. Está contraindicada se IAM ou bloqueio de ramo. Deve ser evitada prostatismo, alterações na condução cardíaca, retenção urinária, ICC, convulsões, íleo paralítico, glaucoma e associação com IMAO. A retirada deve ser feita gradualmente

Antidepressivos atípicos:

- **Mirtazapina:** útil especialmente para pacientes com insônia e baixo apetite, pois possui um efeito sedativo e de ganho ponderal. Além disso, ajuda na diminuição da ansiedade, náusea e disfunção sexual. Possui pouco efeito anticolinérgico e baixo potencial de causar déficits cognitivos. Costuma ser combinado a um antidepressivo dual por possuírem efeito sinérgico quando não respondem ao antidepressivo dual isoladamente. A Mirtazapina pode aumentar TGO, TGP, colesterol. Precauções: deve ser evitada em obesos, diabéticos, pacientes com glaucoma e com hipertrofia prostática benigna. Devido a seus efeitos sedativos, deve-se tomar cuidado com atividades que exijam reflexos rápidos, como, por exemplo, dirigir. Como foram relatados casos de agranulocitose durante o uso da Mirtazapina, deve-se estar atento a sinais e sintomas de infecção, como dor de garganta, estomatite, febre e outros. Nesses casos, a droga deve ser imediatamente suspensa, devendo ser solicitado um hemograma. Uma abordagem mais cuidadosa é solicitar periodicamente hemogramas de controle. Além disso, a Mirtazapina pode potencializar efeitos anticoagulantes da Warfarina. Deve-se administrar com cuidado em pacientes com epilepsia, transtornos mentais orgânicos, hipotensão, insuficiência renal ou hepática e leucemia
- **Bupropiona:** útil especialmente para pacientes com sonolência e apetite exacerbado, devido a seu efeito estimulante e de redução do apetite. Além disso, é muito útil nos portadores da Doença de Parkinson (nesse caso, atentar quando utilizada em associação com antiparkinsonianos, pois pode provocar discinesias, alucinações e confusão mental) e no tratamento da depressão associada à dependência de nicotina. Precauções: aumenta o risco de convulsões e podem causar elevações do nível pressórico em hipertensos, podendo, também, causar hipertensão arterial diastólica em idosos. Deve-se evitar em pacientes com risco de convulsão e com tumores prolactino-dependentes (seus efeitos dopaminérgicos podem causar aumento nos níveis séricos de prolactina) diminuição da função hepática. Se houver insuficiência hepática, reduzir a dose para 1/3 da normal. Está contraindicada quando bulimia, anorexia ou traumatismo craniano

Polimodais:

Permitem que o paciente se beneficie das vantagens da inibição da recaptção de serotonina, como também dos efeitos adicionais por meio de outros mecanismos farmacológicos de ação, promovendo efeitos antidepressivo, ansiolítico e melhora do aprendizado e da memória.

- **Vortioxetina:** a Vortioxetina é capaz de melhorar o desempenho cognitivo. Dose recomendada: iniciar com 10mg/dia VO 1x/dia. Se idoso, iniciar com 5mg/dia VO 1x/dia. Precauções: é contraindicada associação com IMAO
- **Vilazodona:** útil especialmente quando se objetiva diminuir disfunção sexual. Dose recomendada: iniciar com 10mg/dia VO 1x/dia. A partir do 8º dia de uso, pode-se aumentar para 20mg/dia VO 1x/dia e, após o 15º dia, se necessário, pode-se atingir a dose de 40mg/dia. Precauções: é contraindicada associação com IMAO

Pacientes em final de vida:

Caso a expectativa de vida do paciente seja maior que quatro semanas e ele possua capacidade de engolir ou receber medicamento por sonda nasogástrica (SNG), deve-se considerar a possibilidade de uso de antidepressivo. Porém, se menor que quatro semanas e sem doença cardiovascular e/ou delirium presentes, pode-se considerar o uso de psicoestimulante como monoterapia ou associado a antidepressivo se já em uso. Deve-se ressaltar que a maioria dos estudos abordando o uso de psicoestimulantes nesse grupo teve um número de participantes pequeno e curta duração. Estudos recentes indicam que Citalopram e Mirtazapina são opções muito úteis para o tratamento de depressão em cuidados paliativos.

Orientações para reavaliação:

- Se não houver melhora dos sintomas depressivos nas quatro primeiras semanas do tratamento, deve-se aumentar a dose gradativamente até obter sinais de resposta, podendo-se também associar ansiolíticos
- A mudança do fármaco está indicada se:
 - Mediante efeitos colaterais indesejáveis ou intoleráveis
 - Ausência de resposta terapêutica após as modificações

Outras opções de medicamentos devem ser prescritas de acordo com orientação psiquiátrica.

ANSIEDADE

AVALIAÇÃO INICIAL

O impacto da ansiedade e depressão não consiste apenas no estresse psicológico, mas reflete-se também na qualidade de vida, aderência ao tratamento e na maneira pela qual o paciente lida com a progressão da doença, podendo amplificar dores e outros sintomas, além de causar angústia e preocupação aos familiares e amigos. Portanto, inicialmente, é preciso explorar as preocupações do paciente e o efeito delas sobre o indivíduo como um todo. Na maioria dos casos, uma conversa com a equipe de saúde é extremamente benéfica.

Principais causas da ansiedade:

- Transtorno de ansiedade prévio
- Medicamentos que aumentam a ansiedade, sendo os mais comuns: antivirais, psicoestimulantes, neurolépticos, hormônios, corticosteróides e agentes antineoplásicos. Além disso, a descontinuação abrupta de sedativos, opioides, álcool e tabaco tendem a causar sintomas de retirada, sendo a ansiedade o principal deles
- Consequências da doença/condição em si: incerteza quanto ao diagnóstico e prognóstico, medo da morte, preocupação com o impacto da doença na identidade, finanças, família e relações sociais;
- Preocupação com a imagem do corpo, como, por exemplo, o medo da amputação e/ou medo da perda de função
- Medo da hospitalização com clínicos (equipes médicas/equipes de saúde) desconhecidos (as).

Principais causas da ansiedade em pacientes no fim da vida:

- Perda de controle, autoestima e independência

- Efeitos diretos ou indiretos da doença terminal
- Falta de conhecimento sobre a doença
- Sintomas não tratados ou descontrolados
- Exacerbação de condições preexistentes como falha cardíaca ou respiratória iminente
- Delirium / depressão
- Medo da morte

Sintomas relacionados à ansiedade

Apreensão, medo, nervosismo, tensão muscular, inquietação, aflição, dispnéia, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, anorexia, náusea, vômito, hiperventilação, palpitação, preocupação demasiada, suor excessivo e perturbação comportamental. Enquanto o medo é a resposta emocional à ameaça real ou percebida, a ansiedade é a antecipação de uma eventual ameaça futura.

Quadros clínicos que podem simular o transtorno de ansiedade generalizada e que, por isso, devem ser descartados antes do diagnóstico:

- Transtorno de pânico
- Transtorno de ansiedade social
- Delirium hiperativo
- Acatasia

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

Independentemente da terapia escolhida, é fundamental que a intervenção tenha como foco tanto o paciente quanto seu(s) familiar(es) e envolva o fornecimento de informações atualizadas sobre o estado de saúde, evolução da doença e tratamentos disponíveis de maneira sensível e empática. A abordagem desse paciente deve ser individualizada e, portanto, deve-se considerar como opções:

- Psicoterapia
- Terapia comportamental
- Técnicas de relaxamento
- Acupuntura
- Musicoterapia
- Cuidado espiritual
- Grupos de suporte e encaminhamento para suporte especializado

MANEJO FARMACOLÓGICO

O controle da ansiedade deve ser iniciado com a menor dose que proporcione o alívio dos sintomas. A escolha do agente farmacológico deve ser baseada na gravidade dos sintomas, potenciais efeitos colaterais e tipo de transtorno. A ansiedade é normalmente controlada com o uso de benzodiazepínicos devido ao seu rápido início de ação. Porém, se o caso é de ansiedade persistente ou crônica, deve-se considerar a associação de benzodiazepínicos com ISRS (Ver tabela na sessão de Depressão). Confira abaixo algumas orientações gerais sobre o uso de benzodiazepínicos:

- O uso de doses fracionadas diminui a ocorrência de efeitos colaterais. Além disso, é importante lembrar que o uso de benzodiazepínicos em longo prazo é limitado devido ao potencial de abuso e dependência, devendo ser sua retirada de forma gradual.
- Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e plausíveis de serem concluídos nas primeiras duas semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior

para a retirada satisfatória. Lembre-se de oferecer esquemas de redução das doses por escrito, com desenhos dos comprimidos e datas subsequentes de redução.

- Pacientes em uso de benzodiazepínico de curta duração que não conseguem concluir o plano de redução gradual podem se beneficiar da troca por um agente de meia-vida mais longa.
- Apesar de geralmente bem tolerados, podem apresentar efeitos colaterais, principalmente nos primeiros dias, como sonolência excessiva diurna, tontura, zumbidos, quedas e fraturas. Desse modo, os pacientes devem ser orientados a não realizarem tarefas capazes de expô-los a acidentes, tais como conduzir automóveis ou operar máquinas.

Os benzodiazepínicos mais utilizados para o controle da ansiedade estão classificados em três categorias (Tabela 1):

- Curta duração: **Alprazolam** e **Lorazepam**. São eficazes para o alívio pontual, por exemplo, durante procedimentos e esperas de resultados de exames. O Lorazepam, por demandar pouco trabalho hepático, é uma boa opção em idosos e hepatopatas.
- Ação intermediária: **Clonazepam**. Proporciona alívio da ansiedade e da insônia.
- Longa duração: **Diazepam**. Devem ser evitados para uso diário devido ao risco de comprometimento cognitivo, podendo causar sonolência exacerbada, e pelo alto potencial de acúmulo. Apesar de ser uma droga mais fácil de ser retirada, os efeitos colaterais podem persistir mesmo após a retirada. Costuma ser a droga de escolha para tratar pacientes com dependência, por ser rapidamente absorvida devido à sua alta lipossolubilidade quando administrada por via oral e por ter um metabólito de longa duração, o que torna a droga ideal para o esquema de redução gradual. Além disso, é especialmente útil para casos de ansiedade associada a convulsões recorrentes. Porém, deve-se lembrar que quando administrado por via IM possui distribuição errática, devendo essa via ser evitada.

Tabela 1

Droga	Dose Inicial	Meia-vida (h)
Alprazolam	0,25mg até 3x/dia	10-15
Lorazepam	0,5mg até 3x/dia	10-15
Clonazepam	0,5mg até 2x/dia	19-50
Diazepam	5mg 1-4x/dia	30-100

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Ansiedade que não responde ao uso de benzodiazepínicos: os barbitúricos, como fenobarbital e pento-barbital podem ser úteis.
- Ansiedade associada a problemas no controle da dor: neste caso, o uso de barbitúricos tende a ser preferível ao uso de benzodiazepínicos, visto que os benzodiazepínicos competem com os sítios de ligação à endorfina e, como os barbitúricos não competem, são uma melhor escolha para pacientes com problemas no controle da dor.
- Ansiedade associada à necessidade de sedação: Midazolam e Tioridazina podem ser boas opções. Antes de utilizá-los, consulte um especialista.

DELIRIUM

AVALIAÇÃO INICIAL

Delirium é uma síndrome psiquiátrica de etiologia orgânica, caracterizada por desorganização transitória das funções cognitivas provocada por alterações no metabolismo cerebral. Caracteriza-se por início agudo, curso flutuante, distúrbios de consciência, atenção, orientação, memória, pensamento, percepção e comportamento, culminando em declínio funcional progressivo e agravando o estresse de familiares e cuidadores. Apesar de tratar-se de uma alteração potencialmente reversível, o delirium pode ser considerado irreversível nos casos de evolução progressiva em pacientes portadores de doenças graves e avançadas com múltiplas disfunções orgânicas e com impossibilidade de reversão das causas de base. Isso ocorre visto que as medidas necessárias para reversão do quadro são, nesses casos, incompatíveis com as metas de cuidados estabelecidas e com o desejo expresso do paciente. Em fase final de vida, o delirium surge frequentemente como evento final ao processo ativo de morte, prejudicando o adequado controle de outros sintomas. Inicialmente, deve-se:

Confirmar o diagnóstico de *delirium*

O diagnóstico é clínico e realizado por meio dos critérios diagnósticos disponíveis no DSM-V. Porém, o Confusion Assessment Method (CAM) também pode ser utilizado, visto que é um instrumento de alta sensibilidade e que pode ser realizado à beira do leito. Condições que podem mimetizar o delirium, contribuindo, assim, para o diagnóstico equivocado incluem demência, depressão e psicose. Apesar do quadro agudo e da alteração de consciência presente no delirium favorecer para diferenciá-lo das três condições anteriormente citadas, o conhecimento da linha de base do paciente é essencial para fazer o diagnóstico. Portanto, deve-se realizar:

- Investigação diagnóstica: história clínica, exame físico e neurológico minuciosos (o paciente, na maioria das vezes, oferece poucas informações), revisão de medicações (inclusive as suspensas) e suspensão de qualquer droga que não seja essencial. Se houver suspeita de toxicidade por opioide, deve-se reduzir a dose para $\frac{1}{3}$ ou trocar por outro opioide
- Exames laboratoriais básicos: hemograma, eletrólitos, função renal e hepática, cálcio, glicemia, exame de urina e saturação de oxigênio
- Outros:
 - Exame do LCR: não é necessário para a maioria pacientes idosos com delírio e febre. No entanto, deve ser fortemente considerado nos pacientes que se apresentam com febre, dor de cabeça e sinais suspeitos de meningite ou encefalite ou quando uma causa neurológica específica (como vasculite ou encefalite por herpes) precisa ser excluída.
 - Exames de neuroimagem: Realizar se houver histórico de quedas recentes ou deterioração do estado mental e achados neurológicos focais.
 - Eletroencefalograma (EEG): sugere-se realizar EEG quando o paciente tiver histórico ou achados sugestivos de convulsões (por exemplo, desvio do olhar) história de trauma cerebral, acidente vascular cerebral ou se estiver em tratamento com medicamentos que reduzem o limiar de convulsão, como, por exemplo, fluoroquinolonas e bupropiona. Portanto, o EEG é útil na diferenciação entre delirium e estado não convulsivo epiléptico, convulsões discognitivas focais ou condições psiquiátricas.

Definir os fatores predisponentes e precipitantes do delirium

O *delirium* ocorre devido à associação dos fatores predisponentes presentes em pacientes com algum tipo de vulnerabilidade à fatores precipitantes. A identificação de tais fatores é de suma importância para a investigação diagnóstica, visto que, a partir deles, é possível identificar a sua reversibilidade e planejar o manejo. Exemplo prático disso é que o *delirium* causado por hipóxia ou encefalopatia metabólica é particularmente resistente ao tratamento, enquanto aquele precipitado por drogas, distúrbio hidroeletrólítico e infecção é mais provável de ser revertido. Os fatores precipitantes mais comuns são:

- Sepses
- Hipóxia
- Medicamentos (principalmente opioides ou outras drogas psicoativas, benzodiazepínicos, corticoides, anticolinérgicos, antidepressivos e sedativos)
- Doenças neurológicas (principalmente tumor, isquemia cerebrovascular e status epiléptico)
- Distúrbios metabólicos (principalmente hipercalcemia, hipo ou hipernatremia, hipo ou hiperglicemia e desidratação)
- Síndrome de Abstinência Medicamentosa (principalmente álcool, sedativos, nicotina e antidepressivos)
- Causas hematológicas (principalmente anemia e coagulação intravascular disseminada)

Definir o tipo de *Delirium*

O tipo de *delirium* é definido exclusivamente a partir do quadro clínico do paciente. Em geral, há predomínio dos sintomas no período noturno, sendo mais característicos os distúrbios de atenção acompanhados de alteração no nível de consciência, percepção, memória, orientação temporo-espacial e linguagem. Além disso, outra relevância clínica é o fato de alguns sintomas prodrômicos, como mudança no humor e no ciclo sono-vigília, poderem ocorrer. Além da diferença em relação ao quadro clínico, algumas evidências sugerem que os subtipos de *delirium* no paciente oncológico geralmente estão relacionados a diferentes causas, podendo, cada tipo de *delirium*, apresentar respostas e prognósticos diferentes ao tratamento. São esses:

- **Hiperativo:** paciente encontra-se agitado, agressivo e hiperalerta, sendo comum a presença de ilusões e alucinações. É o tipo mais fácil de ser reconhecido e, portanto, tratado mais precocemente. Tem sido associado à abstinência de medicações ou substâncias psicoativas e intoxicação medicamentosa, podendo essa última estar associada à mioclonias multifocais, especialmente se a droga causadora for um opiáceo ou se o paciente possuir uma insuficiência renal de base. Além disso, pode estar associado a dor ou ansiedade (atenção para esses casos, visto que o próprio analgésico ou ansiolítico podem precipitar o quadro)
- **Hipoativo:** paciente encontra-se sonolento, hipoalerta e geralmente com retardo no funcionamento motor, olhar fixo e apatia. É o tipo mais comum, principalmente dentre os idosos, e o mais subdiagnosticado. Tem sido relacionado à desidratação, hipóxia, alterações metabólicas e encefalopatia hepática, possuindo prognóstico geralmente pior comparado ao hiperativo
- **Misto:** paciente oscila hiperatividade e hipoatividade durante o mesmo dia

MANEJO INICIAL DO DELIRIUM

É de suma importância entender que o tratamento adequado do delirium é o controle da causa básica. Porém, como o delirium é frequentemente multifatorial, a correção de todos os fatores é fundamental. Portanto, abaixo estão citadas as medidas básicas a serem realizadas em determinados casos:

- Medicamento provocador/exacerbador de delirium: suspende-se o fármaco
- Trauma ou sinal neurológico focal: realiza-se TC de crânio
- Infecção identificada: inicia-se antibiótico e/ou medidas de suporte
- Rigidez de nuca e febre inexplicada: realiza-se punção do LCR
- Sem etiologia identificada: realiza-se exames complementares (considerar dosagem de vitamina B12, ácido fólico, TSH, EEG, RM de crânio, entre outros)

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

Medidas de prevenção não farmacológicas devem ser tomadas em todos os pacientes, visto que várias intervenções têm sido efetivas para reduzir a incidência do *delirium*. Identificar os fatores de risco e diminuir os fatores precipitantes é a principal delas. Para isso, deve-se:

- Promover ambiente confortável para o paciente (luz adequada, minimizar barulhos e deixar objetos pessoais em área acessível ao paciente), mobilizando-o sempre que possível e evitando o uso de contenções físicas
- Avaliar se o paciente utiliza óculos ou aparelho auditivo e garantir o acesso aos mesmos.
- Oriente periodicamente o paciente quanto ao horário, dia do mês e semana
- Manter o quarto do paciente com um número limitado de funcionários e visitas mas é importante garantir a presença de familiares (ou pessoas próximas ao paciente) sempre que possível
- Se possível, evitar acordar o paciente para realizar procedimentos ou administrar medicações
- Reajustar o ritmo circadiano
- Explique para paciente e familiares a causa dos sintomas e comportamentos e como será o planejamento para tratar a condição médica de base e controle da dor
- Durante o período em que o paciente estiver apresentando indicadores sugestivos de delirium, deve-se avaliar a real necessidade de incluir uma dieta. Se for necessário, essa deve ser pastosa (com supervisão constante da equipe) com o objetivo de reduzir dificuldades alimentares (aspiração e inabilidade de lidar com o alimento) podendo em certos casos, levar a quadros de pneumonias que agravam o seu quadro geral.

MANEJO FARMACOLÓGICO

O JAMA de setembro de 2017 evidenciou que os benefícios do tratamento farmacológico do delirium não superam os danos e, por isso, as recomendações são reservadas para o tratamento daqueles pacientes com agitação grave. Isso é válido sobretudo quando há agitação severa o suficiente para colocar em risco a integridade física e psíquica do paciente, dos seus cuidadores e familiares, da equipe de cuidados e, até mesmo, de outros pacientes, objetivando, portanto, reduzir o desconforto provocado pelos sintomas. Na fase final de vida, por exemplo, como alguns fatores precipitantes ou perpetuantes não são reversíveis, a medicação ajuda a manter o conforto do paciente. Se o paciente com delirium tiver dor associada, se possível, deve-se dar preferência a analgésicos não opioides. Além disso, apesar de alguns estudos sugerirem o uso de melatonina

e de dexmedetomidina para a prevenção de *delirium* com resultados promissores, o tratamento farmacológico é essencialmente sintomático, sendo as opções mais utilizadas:

- **Antipsicóticos típicos:** úteis especialmente para sintomas positivos. Mais chances de causar efeitos extrapiramidais e disfunção sexual. Exemplos: Haloperidol, clorpromazina, levopromazina, entre outros.
- **Antipsicóticos atípicos:** úteis especialmente para sintomas negativos. Menos chance de causar efeitos extrapiramidais e disfunção sexual. Apresentam duas desvantagens importantes: possuem poucas apresentações parenterais disponíveis até o momento, o que pode dificultar seu uso, sobretudo em pacientes em fim de vida, e estão associados ao aumento de mortalidade cardiovascular. Exemplos: Quetiapina, Olazapina, entre outros.

Recomenda-se:

- **Delirium hiperativo:** sugere-se **Haloperidol 0,5 - 2mg VO 2,3 ou 4x/dia + se necessário, 0,5 - 2mg VO até de 1/1 hora**. Se houver agitação severa: 1 - 2mg SC/IV de 30 em 30 minutos na 1ª hora e depois de 1/1 hora se necessário. Não deve-se ultrapassar 3 - 5mg em 24 horas. Alguns estudos sugerem o uso de Lorazepam (0,5 - 1 mg até de 4/4 h) associado a Haloperidol para controle de tais casos de agitação importante.
- **Delirium hipoativo:** sugere-se evitar o tratamento farmacológico para o delirium hipoativo.

Medicamento	Dose Habitual	Dose Máxima	Comentários
Antipsicóticos Típicos			
Haloperidol VO, IV, SC, IM	0,5 - 2mg 1x/dia, (pico de ação de 4-6 horas) + Resgate: 0,5 - 3mg até de 2 em 2h	100 mg/dia	- Iniciar com dose oral baixa - Repetir após 2h se não obtiver efeito - Via subcutânea pode ser utilizada - Se IV, monitorar ECG - Baixa incidência de depressão respiratória, hipotensão arterial e efeito anticolinérgico - Apesar do Haloperidol parenteral possuir o dobro da potência do oral, os efeitos extrapiramidais são menos comuns do que quando utilizados VO (geralmente com doses > 4mg/dia) - Se possível, evitar uso IV pois há diminuição da duração do efeito e aumenta o risco de arritmia - Evitar se síndrome de abstinência ou insuficiência hepática - Efeitos adversos: efeitos extrapiramidais, prolongamento do intervalo QT
Clorpromazina VO, IV, SC, IM	12,5 - 50mg a cada 4-6h	2000 mg/dia	- Maior sedação que Haloperidol - Risco de hipotensão - Efeitos colaterais anticolinérgicos associados aos extrapiramidais - Efeitos adversos: efeitos extrapiramidais, prolongamento do intervalo QT - Pode ser usada em quadros de agitação intensa como primeira escolha
Antipsicóticos atípicos			
Olanzapina VO, IM	2,5 - 5mg 1 a 2x/dia	20 mg/dia	-Risco de sedação

			-Efeitos adversos: Efeitos extrapiramidais (porém, mais raros do que com o uso de Haloperidol) e risco de prolongamento QT
Quetiapina VO	12,5 - 100mg 1 a 2x/dia	800 mg/dia	-Tratamento de escolha em pacientes com doença de Parkinson pela menor incidência de efeitos extrapiramidais - Devido à sedação, pode ser boa opção para regularização do ciclo sono-vigília -Efeitos adversos: sedação, hipotensão ortostática, Efeitos extrapiramidais (porém, mais raros do que com o uso de Haloperidol) e risco de prolongamento QT
Risperidona VO	0,25 - 1mg ou 2x/dia	15 mg/dia	-Melhor resultado no delirium hipoativo* -Efeitos adversos: Efeitos extrapiramidais (porém, mais raros do que com o uso de Haloperidol) com doses superiores a 6mg/dia, risco de prolongamento QT, hipotensão ortostática

Medicações que devem ser evitadas

- Os benzodiazepínicos não devem ser usados como primeira linha para o tratamento da agitação associada ao delirium. Portanto, exceto nos casos de abstinência de álcool ou benzodiazepínicos, deve-se evitar o uso desses em paciente com delirium.
- Os inibidores da colinesterase não devem ser usados para prevenir ou tratar o delirium pós-operatório

Pacientes em final de vida

O delirium no paciente que está sob cuidados paliativos é considerado consequência das múltiplas falhas orgânicas associadas a outros fatores não reversíveis. Portanto, é essencial considerar o diagnóstico de delirium em todo paciente de cuidados paliativos que apresente uma mudança de comportamento. Em situações como essa, a comunicação adequada com os familiares e cuidadores é primordial, assim como o respeito pela autonomia do doente e/ou seu responsável legal ao proceder medidas invasivas. Ou seja, a prioridade é garantir que as necessidades físicas, psicológicas e espirituais sejam compreendidas e atendidas através de medidas não farmacológicas. Se o delirium hiperativo persistir após estes importantes passos de cuidados iniciais, considera-se o uso de antipsicóticos. Porém, se o delirium hiperativo for refratário ao tratamento com antipsicóticos, pode-se, no paciente em final de vida, optar pela sedação paliativa. Nesse caso, se a sedação ou o aumento da mesma for desejado e apropriado, sugere-se uma das opções abaixo:

- Adicionar ou aumentar a dose de benzodiazepínico (Exemplo: Midazolam SC ou IV 10 - 30mg/dia em bomba de infusão ou Diazepam 5 - 10mg a cada 3 ou 4x/dia).

Atenção: Deve-se lembrar que apesar dos benzodiazepínicos serem úteis em casos específicos de sedação paliativa, no geral eles não são indicados para pacientes com delirium.

- Trocar o Haloperidol para Levomepromazina SC ou IV 12,5 - 25mg iniciando com 1 ou 2x/dia, podendo alcançar até 4x/dia em bolus ou em bomba de infusão

Caso o paciente não melhore, deve-se avaliar a possibilidade de Síndrome do Delirium prolongado e consultar um especialista

AGITAÇÃO TERMINAL

Causas possivelmente reversíveis: dor, retenção urinária, constipação, efeito colateral de alguma medicação, aumento da pressão intracraniana, convulsões, desarranjo bioquímico, angústia

Manejo: Tornar o ambiente calmo e seguro (almofadas, grade/proteção de cama, cuidado 1:1, presença de familiares)

- **Leve:** Clorpromazina 200-400mg em 24h em bomba de infusão
- **Moderada:** Midazolam 0,02 - 0,1mg/kg/h (aprox. entre 30-150 mg em 24h) em bomba de infusão
 - Alternativa: Midazolam 2,5 - 5mg SC ou IV SN de hora em hora se bomba de infusão não for disponível
- **Intensa:** Midazolam 150mg em 24h + Clorpromazina 200-400mg em 24 (máx. de 1000mg/dia de Clorpromazina)

Obs: Se desejar sedação profunda, considerar Levomepromazina 12,5-25mg até 4x/dia ou 25-100mg em 24 em bomba de infusão (evitar se houver risco de convulsão)

- Contatar equipe de cuidados paliativos para aconselhamento
- Considerar uso de bomba de infusão para um controle mais contínuo de sintomas

DISPNÉIA

AVALIAÇÃO INICIAL

- **Investigar:**
 - Intensidade, ritmo de evolução, fatores de melhora e piora, além de identificar qual a condição que leva ao sintoma. Se houver uma doença subjacente, deve-se determinar se o tratamento está sendo apropriado
 - A compreensão do paciente e dos familiares sobre os motivos da falta de ar e seu impacto nas habilidades funcionais e na qualidade de vida do paciente
- **Determinar a causa:** inicialmente, procure por causas potencialmente reversíveis de falta de ar, como ansiedade, dor, infecção, derrame pleural, anemia, arritmia, embolia pulmonar, broncoespasmo ou hipóxia (verifique os níveis de saturação de oxigênio usando oxímetro de pulso)
- **Avaliar a fase de evolução da doença:** doenças em fase avançada de evolução apresentam-se normalmente com piora progressiva da funcionalidade, síndrome de anorexia-caquexia e crises frequentes de descompensação. Avaliação mais específica e detalhada é mandatória antes de se chegar a essa conclusão
- **Avaliar o objetivo do cuidado:** para determinadas doenças, em alguns pacientes o objetivo pode ser prolongar a vida independentemente da qualidade, enquanto para outros (em geral, a maioria), o objetivo do cuidado pode ser priorizar o conforto em detrimento do prolongamento da vida. Se o objetivo do cuidado for priorizar conforto em fim de vida, o

controle da dispneia com medidas farmacológicas e não farmacológicas torna-se prioridade em detrimento de medidas invasivas, como intubação oro-traqueal, por exemplo.

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

- Colocar um ventilador ligado próximo ao rosto do paciente pode aliviar a dispneia por ativar neuroreceptores na face que modulam a percepção da dispneia
- Abrir janelas para melhor ventilação e manter o conforto ambiental
- Melhorar a capacidade funcional através por meio do posicionamento confortável, do relaxamento, da respiração controlada (como a respiração com os lábios franzidos) e exercícios de controle da ansiedade. Solicitar avaliação por fisioterapeuta e psicólogo
- Manter níveis de atividade de acordo com as limitações
- Orientar familiares, validando suas emoções e esclarecendo dúvidas. Reforçar o objetivo do cuidado e oferecer informações práticas.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Oxigênio

- Há pouca evidência de benefício em pacientes sem hipoxemia. Por isso, só deve ser administrado após avaliação cuidadosa e indicação individualizada
- Considere oxigênio se a saturação desse for inferior a 92% para alívio de sintomas. Lembre-se que a relação entre hipoxemia e falta de ar é fraca e, por isso, a resposta ao oxigênio pode variar bastante.
- Se persistir a dispneia, procurar especialista
- Deve-se atentar à dependência psicológica

Opioides:

- Opioides são os agentes mais estudados no controle agudo de crises de dispneia, mostrando-se seguros e eficazes em situações de crises dispneia por DPOC, insuficiência cardíaca, câncer e doença pulmonar intersticial. Dentre os opioides, Morfina é o agente mais estudado, embora existam também estudos com Codeína e Fentanil
- Reduzem a sensação subjetiva de falta de ar, especialmente na fase avançada de evolução de doenças
- Podem ser usados nas crises agudas ou no controle de sintomas em pacientes ambulatoriais com doença em fase avançada de evolução
- Em crises de dispneia intensa em paciente em cuidados de conforto de fim de vida, a via preferencial é a parenteral (EV ou SC). Nessa via, o início de ação é de três a cinco minutos, com pico em 15-30min, e tempo de ação de duas a quatro horas. A dose inicial nestas crises é de 1-5mg, repetindo-se a cada 15-30 minutos até controle de sintomas. Após o controle do sintoma, pode-se avaliar a dose utilizada, eventualmente reduzir em até 30% e manter a morfina de 4/4h
- Após controlada a crise, o opioide pode ser mantido de horário. Alguns pacientes podem ser metabolizadores mais rápidos, e o intervalo de 4/4h para a morfina pode ser demasiado longo. Nesses casos, pode-se considerar a infusão contínua EV/SC mantendo-se a dose ou o uso de formulações de liberação controlada ou ainda de adesivos de liberação transdérmica

Esteroides

- Dexametasona 8 a 16 mg VO ou SC ou hidrocortisona 300 a 500mg IV se broncoespasmo, linfangite pulmonar ou obstrução das vias aéreas ou veia cava superior associadas à tumor.
- Se não for caso de terapia de emergência, esteroides devem ser administrados pela manhã
- Reavalie após uma semana e reduza gradualmente até a menor dose efetiva quando apropriado

Furosemida e/ou balanço hídrico negativo

- Balanços hídricos positivos estão associados à intensificação de sintomas respiratórios
- Considerar redução e/ou suspensão de hidratação parenteral, associado ou não a diurético, em pacientes com sintomas respiratórios intensos em cuidados de conforto de fim de vida

Benzodiazepínicos

- Ansiedade frequentemente está associada à experiência da dispneia. Benzodiazepínicos são considerados como a segunda linha de medicamentos para controle de dispneia, especialmente úteis quando opioides não controlam adequadamente os sintomas em pacientes em fase avançada de doenças com sintomas intensos
- Opções sugeridas:
 - Para crises de dispneia intensa e refratária em situação de cuidados de conforto de fim de vida: Midazolam 1-1,5mg EV/SC (repetir a cada 15min até controle de sintomas. Segunda opção: VO Alprazolam 0,5-1mg VO, repetir a cada 30min até controle de sintomas
 - Para manutenção: Diazepam VO ou IV 2-10 mg à noite ou Clonazepam 0,25-2mg até 2x/dia.

Se persistir dispneia intensa em paciente em cuidados de conforto de fim de vida, considerar sedação paliativa em infusão contínua.

Se houver dúvidas ou sintomas de difícil controle, procurar especialista em cuidados paliativos.

Resumo

	Leve	Moderado	Forte
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia intermitente ou persistente aos esforços. • Capaz de sentar e deitar sem maiores problemas • Não aparenta desconforto e há nenhuma ou pouca ansiedade associada 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia persistente com respiração levemente comprometida. • Parte dos sintomas aliviam ao repouso. • Fala entrecortada a cada 30 segundos 	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente é uma agudização de um quadro crônico, na qual o paciente tem piorado nos últimos dias a semanas • Muitos tendem a ter fala entrecortada a cada 5-15 segundos • Paciente demonstra desconforto e ansiedade
Usuário de opioide	Considerar manejo não farmacológico inicialmente. Se falhar,	Aumentar a dose em 25% se não houver	Aumentar a dose em 25% se não houver melhora após 1-2 doses de resgate

	considere manejo com opioides segundo intensidade moderada	melhora após 2-3 doses de resgate Resgate: Morfina 5mg VO de morfina até de 1/1h	Caso seja necessária conversão de opioides, utilizar apenas opioides de ação curta. Considere o uso de adjuvantes se necessário (Midazolam, Prometazina..)
Virgem de opioide		Morfina 2.5-5mg 4/4h Resgate: Morfina 5mg VO de morfina até de 1/1h ou EV/SC 1-2mg até de 15/15 min.	Morfina 5-10mg VO 4/4h ou 1-5 mg EV/SC 4/4h. Resgate: Morfina 5mg VO até de 1/1h ou EV/SC 1-5mg até de 15/15 min. Se objetivo de cuidado for conforto em fim de vida, considerar Midazolam 1-1,5mg EV/SC se sintoma refratário à Morfina.

HIPERSECREÇÃO RESPIRATÓRIA

AVALIAÇÃO INICIAL

- Avaliar possíveis causas, como, por exemplo, falência cardíaca e infecções respiratórias
- O acúmulo de secreções nos últimos dias de vida são comuns devido a problemas de deglutição, a redução da mobilidade e a dismotilidade ciliar. Frequentemente a situação é extremamente desconfortável para os familiares por ouvirem os sons produzidos pelo paciente

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

- Elevar decúbito. Reposicionar o paciente de 3 a 4 horas de modo confortável favorecendo a mobilização de secreções e facilitando a respiração e deglutição.
- Realizar higiene oral e da prótese dentária, se houver, para facilitar a deglutição ou diminuir a quantidade de secreção em cavidade oral.
- Pesar a real necessidade de aspiração das vias aéreas já que se trata de um procedimento doloroso, causando desconforto.
- Se estiver recebendo fluido intravenoso verificar se não está exacerbando a situação

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Prescrever um anticolinérgico que irá diminuir a produção de secreção, porém não será capaz de aumentar a eliminação
- **Butilbrometo de Escopolamina (Hioscina):** 10-20mg até 4x/dia SC ou IV quando necessário (max. 120mg/dia)
- **Colírio de Atropina:** pingar 2 gotas na cavidade oral a cada 6-12h (conforme resposta)
- Em pacientes que estejam nas últimas horas de vida com grande desconforto pelo acúmulo de secreção, considere sedação paliativa a partir de outros medicamentos com maior efeito anticolinérgico, como, por exemplo, a clorpromazina (é mais eficiente para diminuir secreções e mais indicada que o haloperidol nas últimas horas de vida).

CRISE CONVULSIVA

AVALIAÇÃO INICIAL

- Inicialmente deve-se excluir outras causas de perda de consciência ou movimento anormal de membro ou face (p. ex. episódio vasovagal, hipotensão postural, arritmia, hipoglicemia, doença cerebral, efeito extrapiramidal por antagonista de dopamina, intoxicações exógenas - álcool)
- Descobrir se o paciente já teve convulsões prévias
- Verificar se o paciente faz uso regular e correto de anticonvulsivantes. Além disso, deve-se descartar as possíveis interações medicamentosas (p. ex. corticosteróides reduzem o efeito de carbamazepina e fenitoína)

MANEJO

Tratar as causas reversíveis apropriadamente: hipoglicemia, infecções, hipóxia, doença intracerebral, distúrbios hidroeletrólíticos (hiponatremia, hipercalcemia) uremia, toxicidade da quimioterapia.

- Exames de admissão: glicemia, hemograma e plaquetas, ureia, creatinina, sódio, potássio, cálcio, magnésio, fosfato, gasometria arterial, TGO, TGP, GGT, FA, bilirrubinas totais e frações, proteína total e frações, TP (TAP), KTTT (PTT), ECG, CK total (ou aldolase)
- Em casos especiais: TC de crânio, análise do líquido, níveis séricos de anticonvulsivante

Manejo agudo da crise convulsiva

0-5 min
Fase de Estabilização

- 1) Estabilizar paciente (A - via aérea, B - respiração, C - circulação, D - exame neurológico). Fornecer oxigênio por óculos/cânula nasal. Considere entubar
- 2) Tempo de crise convulsiva, monitorizar sinais vitais
- 3) Coletar HGT. Se glicemia <60mg/dL, fornecer **100mg Tiamina IV e 50mL de glicose hipertônica 50%**
- 4) Punção endovenosa e coleta de laboratório

Crise persiste?

5-10 min
Fase de Terapia Inicial

Benzodiazepínico é a droga de escolha:

Escolha uma das seguintes opções:

- a) Midazolam IV ou SC 0,2mg/kg, dose única
- b) Diazepam IV 0,15-0,2 mg/kg/dose, pode repetir dose 1x

Se nenhuma das 3 opções estiver disponível:

- Fenitoína IV 15-20mg/kg diluir em SF, infundir em 1h, dose única
- Fenobarbital IV 15 mg/kg/dose, dose única
- Diazepam VR 0,2-0,5 mg/kg/dose, pode repetir dose 1x

Crise persiste?

10-20 min
Segunda Fase de Terapia

Não há evidência de preferência entre as seguintes opções para segunda terapia:

Escolha uma das seguintes opções:

- a) Fenitoína IV 20 mg/kg, pode repetir 5-10mg/kg
 - Utilizar 5-10mg/kg se utilizado na etapa anterior

Se nenhuma das 3 opções estiver disponível:

- Fenobarbital IV 15mg/kg/dose, dose máxima
- Ácido Valproico IV 40 mg/kg; máx 3000 mg/dose, dose única

Crise persiste?

Após 20 min
Terceira Fase da Terapia

Não há evidências definidas para guiar a terapia nesta fase:

Opções: repetir terapia de segunda dose ou utilizar doses anestésicas de Tiopental, Midazolam ou Propofol (com monitorização contínua por EEG)

Entrar em contato com especialista

Tratamento de manutenção

- Procurar aconselhamento com neurologista - opções incluem iniciar doses de **Lamotrigina 25mg 2x** ao dia ou **valproato sódico 200mg 3x** ao dia. Para infusões subcutâneas utilizar **midazolam 20-60mg** em 24h.

PRURIDO

AVALIAÇÃO INICIAL

- Definir se é localizado ou sistêmico. Quando relacionado à uma doença sistêmica (p. ex. diabetes, leucemia, doença renal crônica, hepatite, linfoma, entre outras), geralmente piora à noite
- Descartar a possibilidade do prurido ser devido à dermatoses (especialmente escabiose) ou uso de medicamentos. Os que mais se relacionam ao prurido são os opioides (especialmente morfina), ISRS, estatinas e quimioterápicos
- Avaliar se o prurido está causando danos à pele, frustração, insônia, ansiedade e depressão
- Evitar o uso de anti-histamínicos tópicos (podem causar dermatite alérgica por contato) e vasodilatadores (p. ex. cafeína, álcool, comidas picantes, banho com água quente, entre outros)

MANEJO NÃO-FARMACOLÓGICO

- Mantenha as unhas cortadas e limpas, evite coçar,
- Utilize roupas frouxas e confortáveis (de preferência de algodão)
- Evite tomar banho com água morna ou quente. Considere tomar banho com água de bicarbonato de sódio e evite produtos perfumados
- Enxugue a pele sem esfregá-la, substitua sabonete por emoliente e utilize-o também como hidratante após os banhos

MANEJO FARMACOLÓGICO

Caso os cuidados tópicos estejam promovendo resultado positivo, o tratamento sistêmico é, em grande parte dos casos, desnecessário.

Tópico:

Emolientes (p. ex. creme à base de água com mentol), lidocaína 5% (gel ou patch), corticóides 1x/dia por 2 a 3 dias se a área estiver inflamada mas não infectada

Sistêmico:

Causa	1ª Linha	2ª Linha	3ª Linha
Colestase	Rifampicina 300-600 mg 1x/dia OU Sertralina 50 - 100 mg 1x/dia OU Colestiramina 4g 4x/dia		
Uremia	Gabapentina 100- 300 mg (seguida de diálise)	Naltrexone 50mg 1x/dia	Inicialmente, faz-se ondansetron 8mg

			IV e, depois, 4mg VO 2x/dia
Linfoma	Prednisolona 10 - 20 mg 3x/dia	Cimetidina 400mg 2x/dia	Mirtazapina 15 - 30 mg antes de dormir
Uso de opioides	Anti-histamínicos ex. Clorfeniramina 4 - 12 mg 3x/dia (efeito sedativo) ou loratadina 10mg 1x/dia (não sedativo)	Considerar troca de opioide	Ondansetron 8 mg 1x/dia
Paraneoplásico	Paroxetina 5 - 20 mg 1x/dia. Efeito esperado após 4 - 7 dias	Mirtazapina 15 - 30 mg antes de dormir	
Causa indeterminada	Anti-histamínicos ex. Clorfeniramina 4 - 12 mg 3x/dia VO (efeito sedativo) ou loratadina 10mg 1x/dia VO (não sedativo)	Paroxetina 5 - 20 mg 1x/dia. Efeito esperado após 4 - 7 dias	Mirtazapina 7.5 - 15 mg antes de dormir
Casos extremamente desconfortáveis	Sedação com anti-histamínico (por exemplo, hidroxizina 25 mg VO 1X/dia antes de dormir)		

SOLUÇOS

AVALIAÇÃO INICIAL

- Entender que soluços que duram mais de 48 horas são comuns em pacientes com doença avançada e podem ser exaustantes e significativos para o estresse
- Definir a causa. As mais comuns são estasia gástrica e distensão abdominal. Porém, podem ser também devido a refluxo gastroesofágico, infecções, distúrbios metabólicos (uremia, hipercalcemia ou hipomagnesemia), irritação do nervo frênico, tumores pressionando cápsula diafragmática, entre outras
- Como o soluço geralmente cessa espontaneamente, o tratamento só deve ser feito em casos de persistência

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

- Beber água gelada ou engolir gelo batido
- Respirar dentro de um saco de papel (especialmente se o paciente estiver hiperventilando) ou “segurar” a respiração
- Coçar o palato mole para estimular a nasofaringe
- Lidocaína gel + 1 colher de sopa de açúcar diluído em um pouco de suco de limão ou laranja
- Realizar acupuntura

MANEJO FARMACOLÓGICO

O tratamento para o soluço deve ser revisto após 3 dias do início. Caso haja pouca ou nenhuma melhora do quadro, deve-se aumentar a dose ou associar outras medicações. Se for associado à:

- **Distensão Gástrica:** Metoclopramida 10mg 4x/dia VO se distensão gástrica
- **Refluxo gastro-esofágico:** tratar com inibidor de bomba de próton (IBP) e antiácidos associados à simeticona
- **Distensão abdominal:** Simeticona 40 a 125mg até 4x/dia

- **Compressão/irritação tumoral:** Dexametasona 4 - 8mg pela manhã pode reduzir. Se não houver melhora em uma semana, interrompa o uso
- **Opções que devem ser consideradas em casos refratários:**
 - Baclofeno 5mg - 20mg 2x ou 3x/dia (evitar interrupção abrupta)
 - Haloperidol 1 - 2mg 3x/dia, sendo a dose de manutenção 1- 3mg antes de dormir
 - Clorpromazina 25 - 50mg 3-4x/dia (pode provocar sedação considerável)
 - Levomepromazina 3 - 6mg VO antes de dormir (evitar se hipotensão)
 - Nifedipina 5 - 20mg VO 3X/dia (evitar se hipotensão)

TOSSE

TOSSE SECA

Codeína xarope (15mg/5ml) 5ml - 10ml 4x/dia SN ou Morfina 2mg 4 ou 6x/dia VO para virgens de opióides (se paciente muito debilitado ou idoso, recomenda-se de 3 a 4x/dia. Para os pacientes que já fazem uso de morfina, deve-se utilizar a dose de morfina estabelecida como SN para alívio da tosse (máximo: 6 doses/dia)

TOSSE PRODUTIVA

Mucolíticos (p. ex. Carbocisteína) associado à nebulização com soro fisiológico 0.9% 2.5 - 5ml SN costuma ser uma boa estratégia. Interromper o mucolítico se não obter benefício em 1 mês de uso

Observação: Se estridor estiver presente, uma boa opção é dexametasona 16mg VO ou SC ou prednisolona 60mg VO (nesse caso, recomenda-se a procura de um especialista). Tratar infecção se apropriado.

FADIGA

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

- Atividade física e exercício:
 - Explicar ao paciente que atividade física em níveis adequados pode reduzir fadiga
 - Garantir que o paciente tenha acompanhamento com fisioterapeuta
- Intervenções psicológicas. Considere:
 - Manejo de ansiedade e depressão
 - Terapias de relaxamento
 - Higiene do sono (evitar estimulantes à noite e tomar bebidas quentes antes de dormir)
- Conservação e restauração da energia
 - Solicitar auxílio de terapeuta ocupacional
 - Programar atividades prazerosas, realizando-as uma de cada vez
 - Eliminar atividades não prazerosas

MANEJO FARMACOLÓGICO

Não existe evidência suficiente para recomendar tratamento farmacológico para fadiga embora se use, de forma off-label e com base em experiências clínicas de melhora sintomática em alguns pacientes, os seguintes medicamentos:

- Psicoestimulantes (p. ex. metilfenidato - 5 a 20mg/dia VO)
- Corticoides (p. ex. dexametasona 1 a 4mg/dia ou prednisona 5 a 20mg/dia)

CEFALÉIA POR HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

- Considerar Dexametasona em altas doses (8-16mg/dia) por 5 dias com proteção gástrica. Depois reduza o regime até a menor dose tolerada pelo paciente
- Considere alternativas de drenagem liquórica se apropriado
- Prescrever de manhã para prevenir insônia

BOCA SECA

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

- Tomar goles de água regularmente
- Chupar gelo ou pedaços de abacaxi
- Utilizar vaselina para os lábios ou saliva artificial
- Umidificar o oxigênio se em uso
- Lavagem apropriada de boca
- Mastigar goma de mascar

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Administrar saliva artificial, a cada 1-2 horas (ou conforme orientação do fabricante) ou gel oral lubrificante. Poder ser utilizado gel lubrificante à base de água (é possível encontrá-los como gel lubrificante íntimo, como o KY, porém atentar para comprar a versão tradicional) para hidratar a cavidade oral 6x/dia em quantidade suficiente para formar uma fina camada
- Administrar medicamentos estimuladores de saliva, como a Pilocarpina
- Aplicar colírio 4% 2-3 gotas 2x/dia
- Tratar candidíase oral coexistente se presente (p. ex. fluconazole 50mg VO 1x/dia por 7 - 10 dias)

SONOLÊNCIA

Quando o paciente exprime desejo de ficar menos sonolento e/ou mais ativo pode-se prescrever Metilfenidato (Ritalina®) 5 - 20mg pela manhã ou Modafinil (200mg 1x/dia pela manhã).

HIPODERMÓCLISE E INFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA



HIPODERMÓCLISE E INFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA

HIPODERMÓCLISE

Manter um cateter no subcutâneo do paciente é seguro, de fácil manipulação, apresenta raros efeitos secundários e permite alta hospitalar precoce por ser facilmente acessada por cuidador, em casa.

- Útil quando o paciente:
 - Tem dificuldade para engolir ou tomar medicação oral com segurança.
 - Está com náusea ou vômito
 - Tem obstrução intestinal
 - Está muito obnubilado para tomar os comprimidos ou inconsciente
 - Requer múltiplas injeções subcutâneas
- Deve-se discutir com pacientes, familiares e equipe sobre as razões para se realizar a infusão e o efeito esperado.
- Checar regularmente os sítios de infusão, se eles ficarem vermelhos, quentes, inflamados ou edemaciados, retire.
- Se pele estiver intacta e saudável, a agulha pode permanecer no sítio de infusão pelo tempo descrito na tabela abaixo antes da mudança.
- Até 3-4 drogas podem ser combinadas em um mesmo sitio de infusão, dependendo da compatibilidade.
- Não puncionar sítios com edema ou próximo de articulações.
- Até 4 sítios podem ser puncionados ao mesmo tempo no paciente.

Dispositivos utilizados para punção

Tipo de dispositivo		Tempo de permanência no sitio de punção	Observações
Cateter agulhado	SCALP® (Butterfly)	5 a 7 dias	Ponta de metal. Menor custo. Mais usado. <i>Tamanho: 23G ou 25G (27G se criança ou paciente caquético)</i>
Cateter não agulhado	ABOCATH®	7 a 10 dias	Menor risco de trauma cutâneo. Maior tempo de permanência. Mais caro. <i>Tamanho: 22G (24G para crianças e paciente caquéticos)</i>
	INTIMA®	10 a 15 dias	

- Procure no link do Guia de Bolso ou no QR code ao lado mais informações sobre hipodermóclise. No site do Guia de Bolso existe uma tabela de compatibilidade entre fármacos, e outras informações presentes no manual de cuidados.
- Site do Guia: www.guiadecuidadospaliativos.org



INFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA

Cálculo de medicações para bomba de infusão de 24h

- Para calcular a dose de morfina subcutânea, divida a dose de morfina oral de 24h por 2. Ex. 120mg de morfina oral = 60mg de morfina SC.
- **Dose de resgate SN deve ser prescrita** e deve ser igual à dose de morfina SC 24h dividido por 6. Ex. 60mg de morfina SC em 24 = resgate de 10mg de morfina SC SN
- Se paciente estiver recebendo múltiplas doses de resgate, revise a quantidade de morfina em 24 (**regular + SN**) e aumente a dose de resgate de acordo com o aumento da dose fixa.
- Se sitio de infusão subcutânea estiver conectada à uma bomba de infusão, prescreva **diluir medicações no líquido de diluição apropriado ao volume final de 24mL e programar bomba de infusão contínua por 24h à velocidade de 1mL/hora.**
- Corticoides devem ser administrados em sítio exclusivo, por risco de incompatibilidade com outros medicamentos e risco de irritação local

Drogas para infusão mais utilizadas (tabela para bomba de infusão contínua subcutânea)

Indicação	Droga	Dose/ 24h	Efeito adverso e precauções
Dor / Dispneia	Sulfato de morfina	Use dose prescrita de medicação oral para calcular	Náusea, vômitos, coceira, constipação
Secreções respiratórias	Butilbrometo de hioscina	60-100mg/24h	Boca seca, constipação e retenção urinária
Náusea e vômitos	Metoclopramida	30-80mg/24h	Cuidado se obstrução intestinal
	Haloperidol	2.5-10mg/24h	Efeito extrapiramidal, pode reduzir limiar para crise epiléptica
	Ondansertrona	12-24mg/24h	Constipação
	Escopolamina	300-1200mcg/24h	Interação com Metoclopramida (efeitos opostos)
Agitação e inquietude	Midazolam	10-40mg/24h	
	Clorpromazina	200-400mg/24h	Muito sedativo
Cólica	Escopolamina	60-100mg/24h	Boca seca, constipação e retenção urinária

PRINCÍPIOS DA BOA COMUNICAÇÃO



PRINCÍPIOS DA BOA COMUNICAÇÃO

Ser **empático** e saber **ouvir** são as chaves para uma boa comunicação com pacientes e seus familiares. Perceber o quanto eles estão entendendo da situação e explorar as preocupações deles são os fatores que mais contribuem para o desenvolvimento de uma relação harmônica. A informação deve ser dada de maneira progressiva e com compaixão para que o espaço entre expectativa e realidade possa ser reduzido gradativamente.

Para ajudar na boa comunicação de más notícias o “protocolo SPIKES” foi desenvolvido. Não se trata de um protocolo rígido, mas é realmente uma ajuda para nortear a conversa e controlar as emoções.

O SPIKES é composto de 6 passos que tentaremos resumir:

- **S - SETTING UP (Preparando para o encontro)**

- A. O ambiente externo (local privado e preparativos para atendimento - estando, por exemplo, os participantes da conversa sentados, um de frente para o outro sem anteparos e celular no silencioso para evitar interrupções) e o ambiente interno (estado de espírito da equipe médica no dia) estão adequados?
- B. Você sabe todos os detalhes do caso (identificação, diagnóstico e prognóstico)?

- **P - PERCEPTION (O que o paciente e os familiares sabem?)**

Este é o momento de OUVIR, sem pressa. Procure entender o que se sabe sobre o diagnóstico e o prognóstico, conhecendo as expectativas com relação ao futuro. Neste momento, temos a oportunidade de dimensionar a dificuldade que enfrentaremos para transmitir aquela notícia e de saber qual a linguagem que teremos que usar para sermos adequadamente entendidos por aquelas pessoas. Pergunte:

- A. “O que já foi falado para vocês?”
- B. “O que você entendeu da situação até agora?”
- C. “Como tudo isso começou?”
- D. “Quando você diz [xxxx], o que você quer dizer?”

- **I - INVITATION (“Você quer receber mais informações?”)**

Agora teremos que saber se aquelas pessoas querem ou conseguem continuar a conversa. Às vezes, o processo é tão doloroso que conseguimos perceber até pela linguagem não verbal que teremos que parar por aqui. Se as pessoas não quiserem continuar a conversa, garanta a continuidade do cuidado e se disponibilize para um novo encontro caso eles mudem de ideia. Pergunte:

- A. “Você gostaria de que eu explicasse um pouco mais sobre sua doença?”
- B. “Você é o tipo de pessoa que gostaria de saber sobre tudo? ”.

- **K - KNOWLEDGE (A informação propriamente dita)**

Nesta etapa vamos dar a notícia e, para isso, é importante iniciarmos o diálogo com termos que ressaltam que a notícia não é boa, como, por exemplo, “infelizmente o que eu tenho para dizer não é bom”. Evitar:

- A. Palavras técnicas. Exemplo: Usar “espalhado” em vez de “metastático”
- B. Tom e termos catastróficos. Exemplo: “Você tem um câncer muito ruim e morrerá se não tiver tratamento”
- C. Despejar toda a informação de uma vez e checar a compreensão do paciente periodicamente
- D. Termos como: “Não há mais nada que se fazer”

- **E - EMOTIONS (Reconhecimento e validação das emoções)**

Após receber uma notícia ruim, é normal que as pessoas tenham emoções fortes. Neste momento, devemos reconhecer essas emoções, nominá-las e validá-las como normais e esperadas para esse tipo de situação, deixando espaço para vivenciá-las plenamente.

- A. Permitir o silêncio do paciente.
- B. Podemos dizer: “vejo que você está muito triste/desesperado/revoltado mas é normal que esteja assim, afinal está passando, talvez, pelo momento mais difícil de sua vida, tem o direito de ficar triste e de chorar”.
- C. Demonstrar empatia com gestos e toques, desde que bem recebido pelo paciente
- D. Evitar frases como: “imagino o que você está sentindo”, uma vez que é impossível compreender completamente o sentimento de cada indivíduo.

- **S - SUMMARY and STRATEGY (Resumir e propor estratégias para o futuro)**

Neste último passo, devemos resumir em linhas gerais o que foi dito e, a partir de então, propor quais medidas serão feitas. **Sempre há o que ser feito** e devemos ter em mente, desde o primeiro passo, quais seriam essas medidas.

Como, por exemplo:

- A. “Nosso próximo passo é fazer o máximo para evitar qualquer dor ou desconforto e proporcionar vida em qualidade da melhor forma possível”
- B. “Sempre há muito a ser feito e garantimos que toda a equipe está empenhada em fazer o que for necessário”

Durante todo o momento da comunicação vale algumas dicas:

- Repita palavras usadas pelo paciente para ressaltar que você está atento e se importando com o que é dito. Por exemplo, “quando você diz que reconhece que está pior...”.

- Permita a negação a qualquer momento da conversa. Esse mecanismo de defesa auxilia o paciente a controlar a quantidade de informações que deseja receber. “Você gostaria de continuar conversando sobre esse assunto? ”.
- Se preocupe mais em compreender do que propriamente em responder perguntas. Para ajudar as pessoas precisamos conhecer no íntimo seu sofrimento. “O que mais está te incomodando? ”., “Como o que nós acabamos de conversar deixou você agora? ”, “Como você está se sentindo agora? ”.
- Se disponibilize e, de fato, garanta esta disponibilidade. “Se você tiver outras dúvidas podemos nos ver outra hora”. “Seria importante para você se nós conversássemos mais uma vez sobre isso? ”.
- Não se sinta constrangido em dar uma notícia ruim. Você não é o responsável por ela e com certeza desejaria que fosse diferente!
- Espere a tristeza e o choro, eles são praticamente certos nestas ocasiões. Não se desespere com o choro das pessoas, simplesmente acolha
- Valorize a linguagem não verbal, aprenda a decifrá-la e confie na sua intuição. Além disso, saiba que as pessoas também leem o que você fala com seu corpo e essa linguagem tem mais força do que o que é falado.

CUIDADOS DE FIM DE VIDA



CUIDADOS DE FIM DE VIDA

PLANEJAMENTO DE CUIDADO AVANÇADO

A todos os pacientes que estão alcançando o fim da vida, deve-se ofertar a oportunidade (sem obrigá-los) a planejar o futuro. Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) é um processo que deve ser discutido entre pacientes e profissionais, levando em conta os cuidados futuros. Os desejos de fim de vida do paciente devem ser documentados e apresentados aos profissionais que irão avaliar o paciente posteriormente.

Acesse o site do Guia (www.guiadecuidadospaliativos.org) ou use o QR code ao lado para acessar a modelos de Diretivas Antecipadas de Vontade.

Se for do desejo do paciente, devem-se providenciar outros documentos legais como **procurações, curatela e tutela**. Para mais informações sobre esses documentos, acesse o site do Guia ou utilize o QR code ao lado.



LOCAL DE PREFERÊNCIA PARA O CUIDADO E MORTE

As prioridades para os pacientes com diagnóstico limitado estão em constante mudança. Muitas vezes, os pacientes podem encontrar mais benefícios vivendo em suas casas com a família e amigos do que sob tratamentos em um hospital. A vida fora do hospital pode significar um tempo de qualidade para o paciente. Com certeza frequência, converse com os familiares sobre onde o paciente desejaria ser cuidado e morrer. Se o paciente deseja sair do hospital para passar os seus últimos dias em casa, consulte a equipe de cuidados paliativos para aconselhamento. É papel do médico incentivar a alta hospitalar, uma vez que essa conduta reflete melhoria na qualidade de vida do paciente e redução de custos.

NECESSIDADE CULTURAIS E ESPIRITUAIS

- Considerar se a visita de um conselheiro ou líder espiritual seria útil: pode ser do próprio paciente ou do hospital.
- Considerar necessidades especiais relacionadas à morte: sempre ajuda perguntar aos familiares sobre rituais específicos. Ex. judeus e muçulmanos são sepultados dentro de 24h após a morte. Portanto, deve-se orientar os familiares sobre como proceder se o paciente morrer durante o final de semana ou em um feriado, para assim evitar qualquer atraso para gerar o certificado de óbito.

Qual o procedimento para fornecer atestado de óbito para pacientes que morrem aos finais de semana ou feriado?

LUTO

Embora o luto seja geralmente considerado um processo que segue a morte de um ente querido, se sabe que o processo de luto pode começar no momento do diagnóstico, tanto para o paciente, quanto para a família, sendo as perdas sentidas em diferentes níveis. O cuidado ao enlutado

inclui ajudá-lo a se preparar para lidar com suas perdas e, portanto, começa antes do paciente morrer. Fatores como mecanismo de defesa, preparação para a morte, perdas passadas ou concomitantes, a dependência nos relacionamentos e a percepção de suporte de outras pessoas irá afetar sua resiliência ou vulnerabilidade no luto.

A maioria (80-90%) das pessoas reagem frente ao luto de maneira não complicada e não irá necessitar de suporte com o luto. Entretanto, para aqueles que aparentam ser mais vulneráveis, pode valer a pena considerar mecanismos de suporte e oferecer apoio psicológico, psiquiátrico, da equipe de cuidados paliativos ou de grupos de enlutados.

ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS



ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Constituição Federal

- Inciso III do artigo 5º “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumando ou degradante”.

Novo Código Civil

- O Artigo 15 do novo Código Civil diz que: “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

Resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina

- Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Código de Ética Médica

Capítulo I - Princípios Fundamentais

- Princípio fundamental XXI: “No processo de tomada de decisões profissionais, ..., o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por ele expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”.
- Princípio fundamental XXII: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.

Capítulo V - É vedado ao médico

- Artigo 36 § 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que por cuidados paliativos
- Artigo 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único: nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

AUTORES E BIBLIOGRAFIA



AUTORES

Autores e Organizadores

Gabriel Drumond Ferreira

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Gabriela Nóbrega Mendonça

Acadêmica de Medicina da Universidade Pernambucana de Saúde

Co-autores

André Filipe Junqueira dos Santos

Médico pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (2005)

Residência médica pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto em Clínica Médica (2008) e Geriatria (2010)

Paliativista do Instituto de Oncologia de Ribeirão Preto (InORP)

Vice-presidente da ANCP 2017-2019

Bruna Nascimento da Silva

Nutricionista pela Universidade Federal Fluminense e pela Universidad de Granada na Faculdade de Nutrición y Bromatología (2013)

Especialista em Nutrição Clínica pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

Mestranda em Cuidados Intensivos pelo IMIP

Daniel Neves Forte

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2001)

Residência em Clínica Médica (FMUSP 2001-2003) e Medicina Intensiva (FMUSP 2003-2005), Doutor em Ciências pela FMUSP (2011) e Pós-doutorando em Bioética pela FMUSP

Curso de Educação e Prática em Cuidados Paliativos da Harvard Medical School (2011)

Coordenador da Equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Sírio-Libanês (desde 2008)

Coordenador do Curso de Pós-graduação Lato Sensu- Especialização em Cuidados Paliativos do IEP-Sírio-Libanês (desde 2011)

Orientador do programa de pós-graduação (Mestrado e Doutorado) em Ciências da Saúde do Hospital Sírio-Libanês desde 2014

Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos 2017-2019.

Danielle Soler Lopes

Médica pela Faculdade de Medicina de Barbacena (1998)

Mestrado profissional em Cuidados Paliativos en el paciente oncológico pela Universidad Autónoma de Madrid (2009)

Mestrado em Master en Bioética y Derecho pela Universitat Barcelona, UAE, Espanha (2014)

Médica do Hospital Unimed Natal

Eduardo Corrêa Martins de Aguiar

Médico pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2006)

Residente de Pediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2009) e Residente de Oncologia Pediátrica pelo Instituto Nacional do Câncer (2011)

Felipe Douglas Silva Barbosa

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)
Pós-graduando em Terapia da Mão e Reabilitação Neurológica em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)

Terapeuta Ocupacional do Hospital Universitário de Lagarto - HUL -UFS/EBSERH

Fernando de Abreu e Silva

Médico pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (1973)

Doutorado em Medicina - University of Edinburgh (1986)

Pós-Doutorado- The Royal Hospital For Sick Children (1991)

Médico Paliativista do Serviço de Cuidados Paliativos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva

Médica pela Universidade de Pernambuco (1996)

Mestrado em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira (2003)

Doutorado em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (2010)

Pós-doutorado na Harvard Medical School (2015)

Coordenadora do Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos do IMIP

Professora da pós-graduação do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, Anestesiologista da Universidade Federal de Pernambuco.

Frederico maciel camara freire

Médico pela Universidade Federal de Pernambuco (2007)

Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco

Gisele dos Santos

Médica pela Universidade Federal do Paraná (2006)

Pós-graduada em Residência Médica em Clínica Médica pelo HC-UFPR (2007-2009) e em Geriatria pela Fundação e Apoio e Valorização do Idoso - Universidade Positivo (2009-2011) e em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium-Universidad El Salvador (2012-2013)

Presidente da Regional Sul da Academia Nacional de Cuidados Paliativos

Professora Assistente Universidade Positivo.

Médica geriatra titulada pela SBBG (2011), pós-graduada em Cuidados Paliativos

Mestranda do Programa de Mestrado Educação em Saúde da UNIFESP.

João Luiz de Souza Hopf

Médico pela Universidade de Caxias do Sul (2007)

Pós-graduação em Clínica Médica pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição

Médico Paliativista do Serviço de Cuidados Paliativos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Jullyane Florencio Pacheco da Silva

Fonoaudióloga pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (2012)

Mestrado em Saúde da Comunicação Humana (2015) pela UFPE

Residência multiprofissional em saúde do idoso (2017) pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

Karine

Enfermeira pela Universidade Luterana do Brasil (2007)
Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Centro Universitário São Camilo (2014)
Enfermeira do Serviço de Cuidados Paliativos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Karla Alexandra de Albuquerque

Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco (1998)
Residência em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (2001)
Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (2003)
Doutorado em Enfermagem na Saúde do Idoso pela Universidade de São Paulo (2015)
Líder do Grupo de Pesquisa do CNPq "Saúde do Adulto e Cuidados Paliativos"

Luana Maria da Silva Oliveira

Psicóloga pelas Faculdades Integradas da Vitória de Santo Antão (2012)
Especialização em Residência Multiprofissional em Cuidado Paliativo pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (2015)
Mestranda em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Marcia Carla Morete Pinto

Enfermeira pela Universidade Gama Filho (1988)
Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (2005)
Especialista em Dor e Cuidados Paliativos pelo Instituto Israelita Albert Einstein (2009)
Coordenadora do curso de Pós graduação em Dor do Instituto Israelita Albert Einstein
Assessora Técnica Senior da Mundipharma – Brasil
Doutoranda da Universidade de São Paulo na área de Anestesia - Dor

Ricardo Borges da Silva

Médico pela Faculdade de Medicina a Universidade Federal de Goiás (2001)
Residência Médica em Geriatria no Hospital de Urgências de Goiás (2009)
Médico Paliativista no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Rodrigo Kappel Castilho

Médico pela Universidade Católica de Pelotas (2003)
Residência médica em Clínica Médica pelo Hospital Universitário São Francisco de Paula (2006)
Residência médica em Medicina Intensiva pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2008)
Médico Paliativista do Serviço de Cuidados Paliativos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Tiago Pugliese Branco

Médico pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2003)
Residência Médica em geriatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2008)

Zilda do Rego Cavalcanti

Médica pela Universidade de Pernambuco (1990)
Residência médica em Clínica Médica pelo Hospital Ana Nery (1993)
Mestrado em Medicina Interna pela Universidade de Pernambuco (2005)

Tutora do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde
Médica Paliativista do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Revisão Ortográfica

Naide Nóbrega

BIBLIOGRAFIA

1. *Advance Care Planning: A Parent's Perspective.* (2013). *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3(2), pp.276-3-276.
1. Allard, P., Lamontagne, C., Bernard, P. and Tremblay, C. 1999. How effective are supplementary doses of opioids for dyspnea in terminally ill cancer patients? A randomized continuous sequential clinical trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(4), pp. 256-265.
2. Alves, M. (2014). *Editorial: Tratamento Medicamentoso para Dor.* *Revista Neurociências*, 22(02), pp.165-166.
3. Ashley, C., Currie, A., (Editors), 2009. *The Renal Drug Handbook.* 3rd ed. Oxford: Radcliffe Publishing.
2. Azevedo, D. (2016). *O Uso da Via Subcutânea em Geriatria e Cuidados Paliativos.* 1st ed. Rio de Janeiro: SBGG.
3. Back I., Watson M., Lucas C., Hoy A. and Armstrong P. 2012. *Anorexia, cachexia and asthenia. Palliative Care Guidelines Plus [Online].*
4. Barbosa Neto, J., Sousa, Â., Tahamtani, S. and Ashmawi, H. (2013). *Bloqueio neurolítico subaracnoideo em paciente com dor oncológica refratária: relato de caso.* *Revista Dor*, 14(1), pp.76-77.
5. Bausewein, C., Booth, S., Gysels, M. and Higginson I. J. 2008. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Online].*
4. Bell TJ, Panchal SJ, Miaskowski C, Bolge SC, Milanova T, Williamson R. *The Prevalence, Severity, and Impact of Opioid-Induced Bowel Dysfunction: Results of a US and European Patient Survey (PROBE 1).* *Pain Medicine.* 2009; 10(1):35–42.
5. Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. *Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool.* *Intensive Care Med.* 2001; 27:859-864
6. Bisanz, Annette. *Self-Help for Severe Constipation MD Anderson Cancer Center: Patient Education 2007: 1-4, retrieved*
7. Bjelland I, et al. *The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review.* *J Psychosom Res.* 2002; 52(2):69-77.
6. Block SD. *Assessing and managing depression in the terminally ill.* *Ann Inter Med.* 2000; 132:209-217.
8. Block SD. *Psychological issues in end-of-life care.* *J Palliat Med.* 2006; 9:751-772.
9. *Book reviews.* (2008). *Palliative Medicine*, 22(2), pp.197-198.
7. Booth, S., Bausewein, C., Higginson, I. and Moosavi, S. H. 2009. Pharmacological treatment of refractory breathlessness. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 3(1), pp. 21-36.
10. Breitbart W, Alici Y. *Agitation and delirium at the end of life. "We couldn't manage him."* *JAMA.* 2008; 300(24):2898-2910.
11. Brenner M, Chey M. *An Evidence-Based Review of Novel and Emerging Therapies for Constipation in Patients Taking Opioid Analgesics.* *The American Journal of Gastroenterology Supplements* 2014; 2(1):38–46.
12. Brietbart W, Marotta R, Platt M, et al. *A double blind trial of Haloperidol, Chlorpromazine and Lorazepam in the treatment of delirium.* *Am J Psych.* 1996; 153:231-237.
13. *British Geriatrics Society.* 2013. *Clinical Guidelines [Online]. Available: <http://www.bgs.org.uk/index.php/resources-6/publicationfind/clinicalguides> [Accessed 10 December 2013].*
8. *British National Formulary 64.* 2012. London: BMJ Group & Pharmaceutical Press. Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T. and Furukawa Toshi, A. 2008. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Online].*
14. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. *The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method of the assessment of palliative care patients.* *J Palliat Care.* 1991; 7:6-9.
15. Bruera, E. 2004. *Pharmacological interventions in cachexia and anorexia.* In: D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
9. Cáceres-Jerez, L., Villa-Acuña, M. and Vera-Campos, J. (2016). *Bomba intratecal de baclofeno, ¿una intervención terapéutica útil y segura en pacientes con espasticidad? Presentación de casos.* *IATREIA*, 29(4).
16. Candy, B., Jones, L., Goodman Margaret, L., Drake, R. and Tookman, A. 2011. *Laxatives or methylalnaltrexone for the management of constipation in palliative care patients.* *Cochrane Database of Systematic Reviews [Online].*
17. Carvalho, R. and Parson, H. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP.* 2nd ed. São Paulo: ANCP.

10. Chan, K.-S., Tse, D. M. V., Sham, M. M. K. and Thorsen, A. B. 2010. Palliative medicine in malignant respiratory diseases. In: G. Hanks, Ni. Cherny, Na. Christakis, M. Fallon, S. Kaasa and Rk. Portenoy, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
18. Cherny, A., Fallon, A., Kaasa, T., Portenoy, U. And Currow, A. (2015). *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press.
19. Chey WD, Webster L, Sostek M, Lappalainen J, Barker PN, Tack J. Naloxegol for Opioid-Induced Constipation in Patients with Noncancer Pain. *The New England Journal of Medicine*. 2014; 370(25): 2387–96.
11. Chochinov HM, Wilson K, Enns G, et al. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(5):674-676.
20. Choi YS, Billings JA. Opioid Antagonists: A Review of Their Role in Palliative Care, Focusing on Use in Opioid-Related Constipation. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2002; 24(1): 71–90.
21. Clark, K., Byfieldt, N., Dawe, M. and Currow, D. C. 2012. Treating Constipation in Palliative Care: The Impact of Other Factors Aside From Opioids. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 29(2), pp.122-5
22. Clemens, K. E., Faust, M., Jaspers, B. and Mikus, G. 2013. Pharmacological treatment of constipation in palliative care. *Current Opinion in Supportive Palliative Care*, 7(2), pp. 183-91.
23. Connolly, M. and Larkin, P. 2012. Managing constipation: a focus on care and treatment in the palliative setting. *British Journal of Community Nursing*, 17(2), pp. 60, 62-4, 66-7.
24. Consenso Brasileiro de Caquexia e Anorexia em cuidados paliativos. (2011). *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, 3.
25. Cordioli, V.; Gallois, C. B.; Isolan, L. (Org.). *Psicofármacos: consulta rápida*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
12. Cranston Josephine, M., Crockett, A. and Currow, D. 2008. Oxygen therapy for dyspnoea in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online].
26. Cryer B, Katz S, Vallejo R, Popescu A, Ueno R. A Randomized Study of Lubiprostone for Opioid-Induced Constipation in Patients with Chronic Noncancer Pain. *Pain Medicine*. 2014; 15(11): 1825–34.
13. Curt Nuño, F., Pérez Díaz, M., López Rodríguez, M., González Cabano, M., Rodríguez Bello, C. and Camba Rodríguez, A. (2014). Tratamiento de espasmos musculares en el paciente con ataxia de Friedreich con bomba de infusión intratecal de baclofeno: a propósito de un caso. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(2), pp.118-119.
27. Davis, M. P., Dreicer, R., Walsh, D., Lagman, R. and Legrand, S. B. 2004. Appetite and cancer-associated anorexia: a review. *Journal of Clinical Oncology*, 22(8), pp. 1510-7.
28. Dean, B., Stellpflug, S., Burnett, A. and Engebretsen, K. (2013). 2C or Not 2C: Phenethylamine Designer Drug Review. *Journal of Medical Toxicology*, 9(2), pp.172-178.
29. Di Palma, Jack A., Julie R. Smith, and Mark vb Cleveland. Overnight Efficacy of Polyethylene Glycol Laxative. *The American Journal of Gastroenterology*97, no. 7 (July 2002): 1776–79.
14. Dorman, S., Jolley, C., Abernethy, A., Currow, D., Johnson, M., Farquhar, M., Griffiths, G., Peel, T., Moosavi, S., Byrne, A., Wilcock, A., Alloway, L., Bausewein, C., Higginson, I. and Booth, S. 2009. Researching breathlessness in palliative care: Consensus statement of the National Cancer Research Institute Palliative Care Breathlessness Subgroup. *Palliative Medicine*, 23(3), pp. 213-227.
30. Ebner, N. and von Haehling, S. (2017). Highlights from the 9th Cachexia Conference. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 8(3), pp.508-511.
31. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L, Truman B, Speroff T, Gautam S, Margolin R, Hart RP, Dittus R. Delirium in Mechanically Ventilated Patients: Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001; 286(21):2703-2710.
32. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, Speroff T, Gautam S, Bernard GR, Inouye SK. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001; 29:1370-9.
33. Ely EW, Siegel MD, Inouye SK. Delirium in the Intensive Care Unit: An Under-Recognized Syndrome of Organ Dysfunction. *Seminars in Respiratory & Critical Care Medicine*. 2001; 22(2):115-126.
34. Ely EW, Truman B. The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Training Manual. Available at: <http://www.icudelirium.org/delirium/training-pages/CAM-ICU%20trainingman.2005.pdf>. Accessed April 27, 2009.
35. Fainsinger R. 2004. Clinical Assessment & decision making in cachexia and anorexia. In: D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
36. Fearon, K. (2011). Cancer Cachexia and Fat–Muscle Physiology. *New England Journal of Medicine*, 365(6), pp.565-567.
37. Ford AC, Brenner DM, Schoenfeld PS. Efficacy of Pharmacological Therapies for the Treatment of Opioid-Induced Constipation: Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Gastroenterology*. 2013; 108(10): 1566–74.
38. Friedmann E, et al. Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *Am Heart J*. 2006; 11:152.

15. Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K., Neri, E., Kraemer, H. and Spiegel, D. (2011). Decrease in Depression Symptoms Is Associated With Longer Survival in Patients With Metastatic Breast Cancer: A Secondary Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 29(4), pp.413-420.
39. Goldhirsch, S., Chai, E., Meier, D. and Morris, J. (2014). *Geriatric palliative care*. 1st ed. Oxford University Press.
40. Hasegawa, S. (2012). *Early mesothelioma revisited*. *International Journal of Clinical Oncology*, 17(1):30-2
16. Hayen, A., Herigstad, M. and Pattinson, K. (2013). Understanding dyspnea as a complex individual experience. *Maturitas*, 76(1), pp.45-50.
41. Her Majesty's Stationery Office (Hmso). 2013. *Adults with Incapacity (Scotland) Act 2000* [Online].
42. Hjalte F, Berggren AC, Bergendahl H, Hjortsberg C. *The Direct and Indirect Costs of Opioid-Induced Constipation*. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010; 40(5): 696–703.
43. Holzer, Peter. *Opioids and Opioid Receptors in the Enteric Nervous System: From a Problem in Opioid Analgesia to a Possible New Prokinetic Therapy in Humans*. *Neuroscience Letters*. 2004; 361(1–3):192–5.
17. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL, Jefford M, Mileschkin L, Richard K, Thomson J et al. Rapid screening for depression - validation of the Brief Case-Finding for Depression (BCD) in medical oncology and palliative care patients. *Br J Cancer*. 2004; 91:900-6.
18. International Association for Hospice and Palliative Care. 2008. *The IAHPC Manual of Palliative Care* [Online].
19. Irwin, S. and Ferris, F. (2008). The Opportunity for Psychiatry in Palliative Care. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(11), pp.713-724.
44. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, et al. *Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult*. *Crit Care Med*. 2002; 30:119-41.
20. Jadoulle, V., Rokbani, L., Ogez, D., Maccioni, J., Lories, G., Bruchon-Schweitzer, M. and Constant, A. (2006). Coping and adapting to breast cancer: a six-month prospective study. *Bull Cancer*, 93(7), pp.E67-72.
45. Jamal M, Mazen, Mareya SM, Woldegeorgis F, Joswick TR, Ueno R. *848a Lubiprostone Significantly Improves Treatment Response in Non-Methadone Opioid-Induced Bowel Dysfunction Patients with Chronic, Non-Cancer Pain: Results from a Phase 3, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial*. *Gastroenterology* 2012; 142(5):144 –145S.
21. Johnson, M. J., Abernethy, A. P. and Currow, D. C. 2012. Gaps in the evidence base of opioids for refractory breathlessness. A future work plan? *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(3), pp. 614-624.
46. Kinzbrunner, B. and Policzer, J. (2011). *End of life care*. New York: McGraw-Hill Medical Pub. Division.
47. Klaschik E, Nauck F, Ostgathe C. *Constipation—modern laxative therapy*. *Support Care Cancer*. 2003; 11(11):679-685.
48. Kumar L, Barker C, Emmanuel A. *Opioid-Induced Constipation: Pathophysiology, Clinical Consequences, and Management*. *Gastroenterology Research and Practice*. 2014: 141737.
49. Kyle, G *Constipation and Palliative Care - Where Are We Now?* *International Journal of Palliative Nursing* 2007; 13(1): 6–16.
50. Latasch L, Zimmermann M, Eberhardt B, Jurna I. *Treatment of morphine-induced constipation with oral naloxone*. *Der Anaesthetist*. 1997; 46 (3): 191–94.
51. Lawlor PG, et al. *Occurrence, causes and outcome of delirium in patients with advanced cancer*. *Arch Int Med*. 2000;160:786-794.
52. Librach S, Bouvette LM, De Angelis C, Farley J, Oneschuk D, Pereira JP, Syme A. *Consensus Recommendations for the Management of Constipation in Patients with Advanced, Progressive Illness*. *Journal of Pain and Symptom Management* 2010; 40(5): 761–73.
22. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. *Criterion validation of the Edinburgh Postnatal depression scale as a screening tool for depression in patients with advanced metastatic cancer*. *J Pain Symp Man*. 2000; 20:259-65.
23. Lloyd-Williams M, Spiller J, Ward J. *Which depression screening tools should be used in palliative care?* *Pall Med*. 2003; 17:40-43.
24. Lloyd-Williams, M. 2002. *Diagnosis and treatment of depression in palliative care*. *European Journal of Palliative Care*, 9(5), pp. 186-8. National Institute for Health and Care Excellence. 2009. *Depression in adults: The treatment and management of depression in adults* [Online].
53. MacRobbie, A., O'Neill, C., Sives, D., Paterson, E., O'Riordan, M., Pryde, N., Smithson, R., Boyce, S. and Winning, A. (2014). *Palliative Care Guidelines - Guidelines*. [online] *Scottish Palliative Care Guidelines*. Available at: <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines.aspx> [Accessed 12 Oct. 2017].
54. MacRobbie, A., O'Neill, C., Sives, D., Paterson, E., O'Riordan, M., Pryde, N., Smithson, R., Boyce, S. and Winning, A. (2014). *Palliative Care Guidelines - Guidelines*. [online] *Scottish Palliative Care Guidelines*. Available at: <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines.aspx> [Accessed 12 Oct. 2017].
25. Mahler, D., Selecky, P., Harrod, C., Benditt, J., Carrieri-Kohlman, V., Curtis, J., Manning, H., Mularski, R., Varkey, B., Campbell, M., Carter, E., Chiong, J., Ely, E., Hansen-Flaschen, J., O'Donnell, D. and Waller, A.

- (2010). American College of Chest Physicians Consensus Statement on the Management of Dyspnea in Patients With Advanced Lung or Heart Disease. *Chest*, 137(3), pp.674-691.
55. Malta Ferrian, A., Lobato Prado, B., Buzaid, A., Cotait Maluf, F. and M. Rocha Lima, C. (2017). *Manual de Oncologia Clínica do Brasil - Cuidados Paliativos*. 1st ed. São Paulo: Dendrix Edição e Design Ltda.
56. Maneeton B, Maneeton N, Srisurapanont M, Chittawatanarat K. Quetiapine versus haloperidol in the treatment of delirium: a double-blind, randomized, controlled trial. *Drug Des Devel Ther*. 2013; 7:657-67. doi: 10.2147/DDDT.S45575.
57. Mental Health Foundation. 2013. *Mental Health Foundation* [Online]. Available: <http://www.mentalhealth.org.uk/> [Accessed 10 December 2013].
58. Mikkelsen RL, et al. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nordic J Psychiatry*. 2004; 58:65-70.
26. Moraes, M., Barbosa Neto, J., Vanetti, T., Morais, L., Sousa, Â. and Ashmawi, H. (2013). Bloqueio do sistema nervoso simpático para tratamento de dor do membro fantasma: relato de caso. *Revista Dor*, 14(2), pp.155-157.
27. Narváez Sarmiento, I., Hernández Santos, J., Tenopala Villegas, S., Jiménez Ramos, A., Cardona Hurtado, G. and Torres Huerta, J. (2010). Bomba de infusión intratecal implantable en pacientes con dolor crónico. Evaluación de la discapacidad y la calidad de vida. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(6), pp.268-273.
59. Neerkin, J. (2016). *Palliative Care Pocketguide*. 1st ed. London: UCL.
60. Noble, B. (2014). Editor's Choice. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 4(2), pp.121-121.
28. Palliative Care Guidelines Plus. 2011. Depression [Online]. Available: <http://book.pallcare.info/index.php?tid=49>. [Accessed 10 December 2013].
61. Pappagallo, M. Incidence, Prevalence, and Management of Opioid Bowel Dysfunction. *American Journal of Surgery*. 2001; 182 (5A Suppl): 11S - 18S.
29. Parshall, M., Schwartzstein, R., Adams, L., Banzett, R., Manning, H., Bourbeau, J., Calverley, P., Gift, A., Harver, A., Lareau, S., Mahler, D., Meek, P. and O'Donnell, D. (2012). An Official American Thoracic Society Statement: Update on the Mechanisms, Assessment, and Management of Dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(4), pp.435-452.
62. Pitlick, M. and Fritz, D. 2013. Evidence about the pharmacological management of constipation, part 2: implications for palliative care. *Home Healthcare Nurse*, 31(4), pp. 207-18.
63. Poole, K. and Froggatt, K. 2002. Loss of weight and loss of appetite in advanced cancer: a problem for the patient, the carer, or the health professional? *Palliative Medicine*, 16(6), pp. 499-506.
64. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer*. 1994; 30A(9):1326-36.
65. Poulsen J, Lykke CB, Olesen AE, Nilsson M, Drewes AM. Clinical Potential of Naloxegol in the Management of Opioid-Induced Bowel Dysfunction. *Clinical and Experimental Gastroenterology* . 2014; 7:345-58.
30. Prieto, J., Atala, J., Blanch, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E., Espinal, A. and Gasto, C. (2005). Role of Depression As a Predictor of Mortality Among Cancer Patients After Stem-Cell Transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), pp.6063-6071.
31. Qaseem, A., Snow, V., Shekelle, P., Casey, D. E., Jr., Cross, J. T., Jr., Owens, D. K., Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College Of, P., Dallas, P., Dolan, N. C., Forciea, M. A., Halasyamani, L., Hopkins, R. H., Jr. and Shekelle, P. 2008. 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. *Annals of Internal Medicine*, 148(2), pp. 141-6.
66. Radbruch L., Elsner F., Trottenberg P., Strasser F. and Fearon K. 2010. *Clinical practice guidelines on cancer cachexia in advanced cancer patients* [Online].
32. Rayner, L. et al. Expert opinion on detecting and treating depression in palliative care: A Delphi study. *BMC Palliat. Care* 10, 10 (2011).
33. Rayner, L., Higginson, I., Price, A., Hotopf, M., 2010. The management of depression in palliative care: European clinical guidelines. [Online].
34. Rayner, L., Price, A., Evans, A., Valsraj, K., Hotopf, M. and Higginson, I. J. 2011a. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 25(1), pp. 36-51.
35. Rayner, L., Price, A., Hotopf, M. and Higginson, I. J. 2011b. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *European Journal of Cancer*, 47(5), pp. 702-12.
36. Rayner, L., Price, A., Hotopf, M. and Higginson, I. J. 2011c. Expert opinion on detecting and treating depression in palliative care: A Delphi study. *BMC Palliative Care*, 10(10).
37. Robinson JA, Crawford GB. Identifying palliative care patients with symptoms -of depression: an algorithm. *Pall Med*. 2005; 19:278-87.

38. Rocker, G., Horton, R., Currow, D., Goodridge, D., Young, J. and Booth, S. 2009. Palliation of dyspnoea in advanced COPD: Revisiting a role for opioids. *Thorax*, 64(10), pp. 910-915.
39. Romeo, M., de los Llanos Gil, M., Cuadra Urteaga, J., Vilà, L., Ahlal, S., Indacochea, A., Pardo, N., Radua, J., Font, A. and Tuca, A. (2016). Outcome prognostic factors in inoperable malignant bowel obstruction. *Supportive Care in Cancer*, 24(11), pp.4577-4586.
67. Shragge, J. E., Wismer, W. V., Olson, K. L. and Baracos, V. E. 2006. *The management of anorexia by patients with advanced cancer: a critical review of the literature. Palliative Medicine*, 20(6), pp. 623-9.
40. Simon S.T., Higginson I. J., Booth, S., Harding, R. and Bausewein, C. 2010. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online].
41. Simon, S. T., Bausewein, C., Schildmann, E., Higginson, I. J., Magnussen, H., Scheve, C. and Ramsenthaler, C. 2013. Episodic breathlessness in patients with advanced disease: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(3), pp. 561-578.
42. Smith, G. (2013). *Palliative care and end-of-life decisions*. New York: Palgrave Macmillan.
43. Souza, A. and Morete, M. (2012). *O uso da radiofrequência pulsátil no tratamento da dor lombar. Revista Dor*, 13(2), pp.165-169.
44. Spathis A., Davies H.E. and Booth S. 2011. *Respiratory Disease: From advanced disease to bereavement*. 5th ed. New York: Oxford University Press.
68. Sykes, N. 2006. *Constipation, diarrhoea, and intestinal obstruction*. In: M. Fallon and D.Doyle, E. eds. *ABC of Palliative Care*. 2nd ed. Oxford: BMJ. pp.25-29.
69. Sykes, N. 2010. *Constipation and diarrhoea*. In: G. Hanks, Nl. Cherny, NA. Christakis, M. Fallon, S. Kaasa and RK. Portenoy, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press. pp 833-849.
70. Sykes, N. 2013. *Emerging Evidence on Docusate: Commentary on Tarumi et al. Journal of Pain and Symptom Management*, 45(1), pp. 1.
71. Tamayo AC, Diaz-Zuluaga PA. *Management of Opioid-Induced Bowel Dysfunction in Cancer Patients. Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer 2004; 12(9):613-18.*
72. Tarumi Y, Wilson MP, Szafran O, and Spooner GR. *Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Oral Docusate in the Management of Constipation in Hospice Patients. Journal of Pain and Symptom Management 2013; 45(1): 2-13.*
45. Taylor, G. (2002). *Clinician's guide to palliative care in management of chronic illnesses*. Oxford: Blackwell Science.
73. *The Cochrane Database of Systematic Reviews - Issue 11 2012. (2012). Journal of Evidence-Based Medicine*, 5(4), pp.238-239.
74. Thomas J, Karver S, Cooney GA, Chamberlain BH, Watt CK, Slatkin NE, Stambler N, Kremer AB, Israel RJ. *Methylnaltrexone for Opioid-Induced Constipation in Advanced Illness. The New England Journal of Medicine*. 2008; 358 (22): 2332-43.
75. Tremblay A and Breitbart W. *Psychiatric dimensions of palliative care. Neurol Clin*. 2001; 19(4):949-67.
76. Tuteja AK, Biskupiak J, Stoddard GJ, Lipman AG. *Opioid-Induced Bowel Disorders and Narcotic Bowel Syndrome in Patients with Chronic Non-Cancer Pain. Neurogastroenterology and Motility: The Official Journal of the European Gastrointestinal Motility Society*. 2010; 22(4): 424-30, e96.
77. Twycross R, Sykes N, Mihalyo M, Wilcock A. *Stimulant Laxatives and Opioid-Induced Constipation. Journal of Pain and Symptom Management*. 2012; 43(2): 306-13. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.12.002.
46. Twycross, R. and Wilcock, A. 2011. *Palliative Care Formulary (PCF4)*. 4th ed. Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.
47. Twycross, R., Wilcock, A. and Stark Toller, C. 2009. *Symptom Management in Advanced Cancer*. 4th ed. Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.
48. Vodermaier, A. and Millman, R. D. 2011. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), pp. 1899-1908.
78. Volicer L, Lane P, Panke J, Lyman P. *Management of Constipation in Residents with Dementia: Sorbitol Effectiveness and Cost. Journal of the American Medical Directors Association 2005; 6(3): S32-34.*
49. Wasteson, E., Brenne, E., Higginson, I. J., Hotopf, M., Lloyd-Williams, M., Kaasa, S. and Loge, J. H. 2009. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 23(8), pp. 739-753.
50. Whooley, M., Avins, A., Miranda, J. and Browner, W. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), pp.439-445.
79. Yennaurjalingam S et al. *Pain and terminal delirium research in the elderly. Clin Geriatr Med*. 2005;21(1):93-119.



ENTRE NO SITE DO GUIA DE BOLSO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA
ACESSAR O CONTEÚDO EXCLUSIVO PELO LINK OU QR CODE ABAIXO

WWW.GUIADECUIDADOSPALIATIVOS.ORG

