

# Cuidados paliativos em enfermaria de clínica médica

## *Palliative care in internal medicine ward*

Silvio R. B. da Silva Filho<sup>1,2</sup>, Rômulo R. Lôbo<sup>1,2</sup>, Nereida K. C. Lima<sup>3</sup>, Eduardo Ferriolli<sup>4</sup>, Julio C. Moriguti<sup>4,5</sup>

### RESUMO

Doença crônica degenerativa incurável é uma causa maior de disfunção, aflição, sofrimento, e, por último, morte. Isso é fato para várias causas de câncer, doenças neurológicas, AIDS e outras disfunções de órgãos vitais. Quando a cura não é possível, como frequentemente não é, o alívio do sofrimento torna-se o principal objetivo da medicina. O conhecimento e a aceitação desse axioma é o cerne da filosofia, ciência e prática da medicina paliativa.

**Palavras-chave:** Assistência Paliativa. Doença Crônica. Morte.

### Introdução

Cuidado paliativo é uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.<sup>1</sup>

Só são possíveis os cuidados paliativos quando realizados por equipe multiprofissional em trabalho harmônico e convergente. O foco da atenção não é a doença a ser curada, mas o doente, entendido como um ser biográfico, ativo, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento.<sup>2</sup>

A maioria das doenças é absolutamente incurável, ou seja, o tratamento visa ao controle de sua evolução. Dessa forma, a concomitância da abordagem paliativa com o tratamento curativo é perfeitamente viável. À medida que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer controle razoável da mesma, os cuidados paliativos crescem em significado, surgindo como necessidade absoluta.<sup>1</sup>

Há necessidade da intervenção de equipe de profissionais adequadamente treinados e experientes no controle de sintomas de natureza não apenas biológica, mas também com excelente potencial de comunicação, para que o paciente e seus familiares entendam o processo evolutivo que atravessam, tenham o conhecimento da história natural da doença em curso, para que se possa atuar de forma a proporcionar não

1 Médico Assistente da Clínica Médica do Hospital Estadual de Ribeirão Preto.

2 Pós-graduando da Área de Clínica Médica da FMRP-USP.

3 Professora Doutora da Divisão de Clínica Médica Geral e Geriatria da FMRP-USP.

4 Professor Livre-Docente da Divisão de Clínica Médica Geral e Geriatria da FMRP-USP.

5 Diretor de Atividades Clínicas do Hospital Estadual de Ribeirão Preto

Correspondência:  
Silvio Ramos Bernardes da Silva Filho  
Hospital Estadual de Ribeirão Preto  
Avenida Independência, 4750.  
14026-160- Ribeirão Preto - SP  
Telefone: 16-3602-7100

apenas o alívio, mas a prevenção de um sintoma ou situação de crise.<sup>3</sup>

Na fase final de vida, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico pode ser estimado em dias a semanas, os cuidados paliativos se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar a atenção específica e contínua ao doente e a sua família, prevenindo a morte caótica e com grande sofrimento. Dessa forma, a terapêutica passa a ser direcionada para procedimentos, medicamentos e abordagens capazes de proporcionar um bem-estar físico, psíquico, social e espiritual até o final da vida.<sup>4</sup>

## Princípios<sup>4</sup>

1. Promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes para o doente.
2. Reafirmar a vida e enxergar a morte como processo natural: o sentido de terminalidade da vida não significa banalizar a morte, e muito menos deixar de preservar a vida. Porém, a compreensão do processo de morrer permite ao paliativista ajudar o paciente a compreender sua doença, a discutir claramente o processo de sua finitude e a tomar decisões importantes para viver melhor o tempo que lhe resta.
3. Não antecipar e nem postergar a morte: as ações são sempre ativas e reabilitadoras dentro do limite no qual nenhum tratamento pode significar mais desconforto ao doente do que sua própria doença.
4. Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado: por este motivo é sempre conduzido por uma equipe multiprofissional cada qual em seu papel específico, mas agindo de forma integrada, com frequentes discussões de casos identificação de problemas e decisões tomadas em conjunto.
5. Oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até sua morte.
6. Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo de doença.
7. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida, como quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas: estar em cuidados paliativos não significa ser privado de recursos diagnósticos e terapêuticos que a medicina pode oferecer.

## Pacientes elegíveis para cuidados paliativos

Os avanços, em todas as áreas da medicina, principalmente no século passado, como o controle das afecções infectocontagiosas e parasitárias, melhor entendimento dos mecanismos de várias doenças cardiovasculares, medicina intensiva, quimioterapias e toda alta tecnologia empregada no suporte à vida, prolongou o processo de viver de forma exponencial, fazendo-nos ter a percepção da morte, na maioria das vezes, já não como um episódio, mas sim um processo.<sup>5</sup>

Junto com esse prolongamento de vida e com surgimento do "processo de morrer", os profissionais da área de saúde começaram a perceber que, mesmo não havendo cura, há uma forma de atendimento com ênfase na qualidade de vida, cuidados ao paciente por meio de assistência interdisciplinar e da abordagem aos familiares que compartilham desse processo e do momento final de vida: os cuidados paliativos.

Ao contrário do que muitas pessoas pensam, inclusive profissionais da saúde, cuidados paliativos não são empregados somente a pacientes com neoplasias. É sabido que outros pacientes que apresentam vários tipos de doenças crônico-degenerativas e progressivas tais como portadores de insuficiência cardíaca avançada, quadro demencial de várias etiologias, pacientes pneumopatas crônicos com quadro de hipoxemia grave, sequelados de vários episódios de isquemia cerebral e mais inúmeras doenças crônicas também necessitam de cuidados paliativos.<sup>5</sup>

Na tentativa de uniformizar o prognóstico de vida para as várias doenças, as decisões pertinentes a cada fase são baseadas em parâmetros obtidos com as escalas de desempenho funcional. Em 2002 Harlos adaptou a escala de Karnofsky aos cuidados paliativos, criando a PPS (Palliative Performance Scale), e demonstrou que só 10% dos pacientes com PPS igual a 50% têm sobrevida superior a seis meses. Esses pacientes devem ter acompanhamento ativo por equipe de cuidados paliativos. A fase final de vida coincide com PPS em torno de 20%.<sup>6</sup> (Tabela 1).

## Modelos de assistência em cuidados paliativos

O termo cuidado paliativo é usado, internacionalmente, como sinônimo do cuidado tipo Hospice, palavra originada do latim *Hospes*, e que significa asilo, abrigo, refúgio. Mas também existe a concepção do termo Hospice como sendo uma casa ou local onde

**Tabela 1**

Escala de Performance Paliativa (Palliative Performance Scale)<sup>6</sup>

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingestão	Nível da Consciência
100	Completa	Normal; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; com evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço; evidência de doença	Completo	Normal	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de Confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Períodos de Confusão ou Completa
40	Acamado	idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Idem
30	Acamado	Idem	Dependência completa	Reduzida	Idem
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada a colheradas	Idem
10	Acamado	Idem	Idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte				

são atendidos os pacientes fora de possibilidade terapêutica curativa. Na abordagem dos cuidados paliativos, como os doentes podem ser atendidos em internação hospitalar ou em casas ambientadas, em ambulatórios ou em domicílio, o mais adequado é entender o termo Hospice como uma filosofia.<sup>7,8,9</sup>

O serviço de cuidados paliativos em hospital de média complexidade pode ser composto por internações, por atendimento ambulatorial especializado e ainda, sempre que possível, pelo atendimento domiciliar.

A enfermagem de cuidados paliativos deve possibilitar a permanência de familiares junto ao paciente 24 horas, transmitindo idéias de não isolamento, a possibilidade do familiar também se sentir acolhido, ter acesso às informações médicas sobre mudanças no quadro clínico e etapas do processo de morrer e receber atendimento adequado por parte dos membros da equipe, especialmente da psicologia, terapia ocupacional, serviço social e assistência espiritual. Além disso, o ambiente deve prover a necessária privacidade para

que questões de foro íntimo possam ser conversadas no quarto e para que o momento de morte possa ser respeitado como único e individualizado.

Dessa forma, ao menos para os pacientes mais graves, é recomendável que os quartos sejam individuais, com acomodação para o familiar.

A sala de prescrição médica tem que se transformar em ambiente da equipe multiprofissional e os prontuários serem compartilhados por todos, contendo as anotações em contínua sequência temporal. A equipe multiprofissional é constituída por médicos assistentes treinados em medicina paliativa, médicos residentes nas áreas de clínica médica, oncologia, geriatria e medicina de família, enfermeiras, psicólogos, assistente social, assistentes espirituais, fisioterapeutas, nutricionistas e especialistas de outras áreas do hospital que possam ser chamados para intervenções específicas.

Sugere-se que, ao menos semanalmente, todos os profissionais devam participar da discussão da si-

tuação dos pacientes internados sob a visão integrativa dos aspectos emocionais, sociais e espirituais. As discussões acontecem fora do quarto onde a equipe entra a seguir para discutir decisões com pacientes e familiares, se for o caso, e reafirmar a estes o fato de que toda a equipe se empenha em seu cuidado. As visitas externas são facilitadas e o limite é dado pelo próprio paciente e sua família.<sup>10</sup>

O principal critério para a internação em enfermaria para os pacientes em seguimento paliativo são as intercorrências clínicas, das quais as mais habituais são a presença de sintomas desconfortantes como dor, dispneia, delirium, infecções recorrentes, náuseas, vômitos, síndromes obstrutivas, necessidades de intervenções como paracentese ou toracocentese de repetição e, obviamente, pacientes em fase final de vida com dificuldade para permanecer em domicílio.<sup>4</sup>

## Nutrição e hidratação

Os objetivos de suporte nutricional em cuidados paliativos vão variar à medida que a doença evolua. Nos estágios iniciais, quando o paciente encontra-se em tratamento, o objetivo é garantir que ele receba nutrientes em quantidade suficiente para restaurar ou manter seu estado nutricional.

À medida que o fim da vida se aproxima, os objetivos mudam. O alimento continua sendo ofertado, mas a ênfase agora está na qualidade de vida e no alívio dos sintomas, não como uma terapêutica ativa para promover a adequação nutricional. Se a melhora na qualidade de vida e o alívio do sofrimento não podem ser evitados por meio da alimentação, ela passa a ser fútil nesse contexto. Como sempre em cuidados paliativos, devem-se acessar as necessidades e os desejos de pacientes e familiares com o objetivo claro para modificar ou até interromper a alimentação.

A adaptação fisiológica mais importante em situação de jejum prolongado é a mudança de substrato energético de carboidrato para gordura. Em consequência, há a elevação do nível sérico de cetonas que têm como efeito a diminuição da sensação de fome e bem estar, fato corroborado por uma série de estudos sobre anorexia em humanos. Com a consequente diminuição do consumo de aminoácidos, há uma diminuição na sobrecarga de uréia sobre os rins, reduzindo o volume urinário a nível compatível apenas com a água produzida pelo metabolismo de gorduras. Além disso, esses pacientes apresentam diminuição substancial de secreções respiratórias, tosse, náuseas, vômitos e diarreia.<sup>11,12</sup>

Estudos com pacientes internados em hospices, que voluntariamente se negaram a ingerir alimentos e líquidos, mostraram que os mesmos faleciam de forma tranquila e pacífica no período de até duas semanas da interrupção de ingestão.

Dessa forma, a privação alimentar pode ser bem tolerada e até mesmo associada à sensação de bem-estar especialmente quando comparada aos efeitos de ingestão inadequada de calorias ou dos sintomas de dor, náuseas e vômitos que podem advir da alimentação forçada.

Para a tomada da decisão junto à família e ao paciente, além dos dados apresentados, deve-se enfatizar que a nutrição e hidratação artificiais não são intervenções básicas que podem ser aplicadas a todos os pacientes assim como é a alimentação natural. Esse suporte é uma terapêutica médica administrada perante indicação clínica, com o uso de dispositivos que são implantados por profissionais treinados e técnicas específicas. Diferentemente da alimentação natural, os procedimentos técnicos necessários para a utilização e inclusive a própria administração de suporte nutricional e hidratação artificiais, representam benefícios que são incertos, além de considerável risco e desconforto para o paciente. Além disso, o objetivo do suporte nutricional não é trazer ou aumentar o conforto do paciente. Na verdade, durante a abordagem paliativa, os sintomas desagradáveis são resolvidos rapidamente ou manejados de forma adequada sem que seja necessária a implementação de suporte como forma de conforto. Finalmente, informados e adequadamente esclarecidos dos benefícios e riscos do ponto de vista médico, o paciente e familiares deverão esclarecer suas dúvidas para darem a sua opinião, exercendo seu direito a autonomia por meio de consentimento livre e esclarecido.<sup>4</sup>

Caso o paciente ou a família opte pela introdução do suporte nutricional e hidratação artificial, não existe qualquer diferença ética ou legal entre não introduzir tratamento, ou o ato de introduzi-lo e depois retirá-lo caso seja considerado sem indicação clínica ou haja mudança de opiniões.<sup>4</sup>

Caso haja a perspectiva de permanecerem com sonda nasoentérica por mais de seis semanas, a gastrostomia deve ser considerada. Os dados da literatura são bastante controversos, mas na população demenciada parece haver direcionamento geral para que a nutrição e hidratação artificiais não tragam qualquer tipo de melhora clínica e de prognóstico nos casos avançados, que perderam a capacidade de se alimentar por via oral.<sup>14</sup>

Quanto à nutrição parenteral, alguns estudos randomizados em pacientes com câncer avançado não têm demonstrado melhora no estado nutricional ou na sobrevida, mas sim aumento das complicações de acesso venoso central e sofrimento por fome ou sede, conforme a evolução da doença aproxima-se da morte.<sup>15, 16.</sup>

É importante ressaltar que não há ainda consenso sobre a melhor forma de conduzir a hidratação e a alimentação na fase final de vida. Em suma, a introdução da nutrição e hidratação artificiais deve ser um processo individualizado e deve ser visto como parte de todo planejamento de cuidados visando maximizar o conforto durante o processo de morte, respeitando os desejos do paciente e familiar, da forma mais tranquila, segura e consensual.

## Controle de sintomas

O conceito de dor mais usado mundialmente é o da associação internacional de estudos da dor, o qual afirma que a dor é uma "experiência sensorial e emocional desagradável, associada ao dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano".

A experiência dolorosa é regulada por uma série de fatores biológicos, emocionais, sociais e até culturais. Tratar a dor adequadamente é um ato médico e não meramente questão de compaixão.<sup>4</sup>

Em pacientes com doenças avançadas, fora da possibilidade de cura, a prevalência de sintomas dolorosos é alta. Em câncer a prevalência pode chegar a 90% e na AIDS a dor está presente em mais de 50% dos pacientes na fase final de vida. Em pacientes portadores de cardiopatias ou doenças tumorais avançadas, a presença de dor é muitas vezes negligenciada.<sup>17</sup>

Para avaliação da dor empregam-se escalas. A escala visual numérica (EVA) (onde 0 significa nenhuma dor e 10 significa a pior dor já experimentada pelo paciente) é usada para adultos cognitivamente preservados. A escala de faces pode ser usada para crianças ou adultos que não podem falar. Para pacientes com déficit cognitivos ou não comunicativos devem-se usar reações neurovegetativas ou alterações comportamentais.<sup>17</sup>

Em 1986 a organização mundial de saúde estabeleceu alguns princípios para o tratamento da dor oncológica que podem ser aplicados à dor crônica de qualquer natureza. Segundo esses princípios a dor deve ser tratada:

- pela boca: usar a via oral sempre que possível seguida pela transdérmica, retal, subcutânea, endovenosa e, em último caso, via intramuscular;
- pela escada: as medicações devem ser ajustadas de acordo com a intensidade da dor não devendo pular etapas na progressão de analgésicos simples até opióides fortes;
- pelo relógio: os medicamentos devem ser administrados em intervalos regulares de acordo como tempo de ação de cada remédio;
- pelo indivíduo: o tratamento é dirigido à pessoa com dor. Suas características individuais, tolerância a medicamentos, adaptação de doses, horários e necessidades devem ser considerados;
- atenção a detalhes: avaliações contínuas. Com o tempo as características dão alívio parcial da dor e respostas específicas às mudanças de atitude devem ser observadas.

## Analgésicos não opióides

São analgésicos simples que podem ser considerados para uso por períodos prolongados ou anti-inflamatórios não hormonais. São usados para tratamentos de dor leve ou como coadjuvante durante toda a escada analgésica. A Dipirona pode ser usada em intervalos de 4 a 6 horas em doses que variam de 500 a 1000 mg por dose. O Paracetamol tem ação em nível central, sem efeitos colaterais consideráveis, usado em intervalos de 6 a 8 horas, em doses de 500 a 750 mg, até 6 g ao dia. Anti-inflamatórios tem efeito teto, nunca devendo ultrapassar a dose máxima e também são usados como adjuvantes em dores associadas a processos inflamatórios, como a dor por metástase óssea e por tumores cutâneos.

## Adjuvantes

São medicamentos de grupos farmacológicos variados que associados aos analgésicos têm ação específica ou potencializadora no controle de determinados tipos de dor. São eles os antidepressivos tricíclicos, os anticonvulsivantes, neurolépticos, benzodiazepínicos, miorrelaxantes, bloqueadores de canal de cálcio e os bisfonatos.

## Opióides

Classificados em naturais ou sintéticos de acordo com a natureza clínica. Quanto à intensidade de sua

ação farmacológica são fracos ou fortes. A recomendação é clara, ou seja, usar apenas um opióide, escolhido por sua intensidade, tempo de ação, comodidade de via de administração, efeitos adicionais e colaterais. As doses devem ser ajustadas geralmente em 30% para mais ou para menos. Nunca suspender abruptamente pelo risco de abstinência.

Os efeitos colaterais mais temidos, como a sedação e a depressão respiratória, são raros com o seu emprego adequado. Com exceção da obstipação intestinal, que deve ser medicada com dieta e laxativos, outros efeitos como sonolência, confusão leve, náuseas, boca seca, sudorese e tremores são controláveis e tendem a desaparecer dentro de 3 a 7 dias.

A presença de mioclonus deve ser interpretada como fator de neurotoxicidade e indica a necessidade de ajuste de dose ou rodízio de opióides. Todos os opióides devem ser prescritos em intervalos regulares, de acordo com seu tempo de ação, sempre associada a dose de resgate quando necessária. O cálculo adequado para dose de resgate é de 1/6 da dose de opióide prescrito nas 24 horas.

## Sintomas respiratórios

A dispnéia é um dos sintomas mais frequentes no fim da vida e dos que causam mais angústia, tanto no paciente quanto na família e na equipe. Geralmente é incapacitante e piora consideravelmente a qualidade de vida. Há evidências de que é mais difícil alcançar bom controle sintomático para dispnéia do que para outros sintomas como a dor.<sup>18</sup>

Do ponto de vista fisiopatológico a dispnéia é resultado de três alterações principais: aumento no esforço respiratório para vencer algum problema mecânico, aumento da proporção de fibras musculares necessárias para manter o funcionamento normal ou o aumento da necessidade ventilatória. O tratamento vai depender da causa, daí ser importante a avaliação com histórico e exame físico. Não há uma escala universal de medida da dispnéia que ajude na avaliação os pacientes sob cuidados paliativos e o mesmo que sirva para acompanhar a eficácia das intervenções. O tratamento sintomático da dispnéia se baseia na suplementação de oxigênio, terapêutica medicamentosa e medidas gerais de apoio de orientação. O oxigênio deve ser usado para o alívio da dispnéia apenas naqueles em que há hipoxemia em ar ambiente. Quando não há hipoxemia, o simples uso de um ventilador ou

abertura de uma janela para ventilar o ambiente pode trazer conforto ao paciente.

Há muitas evidências disponíveis que apóiam o uso de opióides para alívio da dispnéia em doenças malignas e não malignas, sendo de escolha a morfina, exceto quando houver insuficiência renal, quando seu potencial de toxicidade é muito elevado. É sabido que pode ser usada com sucesso e o risco de dependência é irrelevante. A fisioterapia através de suas intervenções tem papel crucial no alívio da dispnéia.

No caso de hemoptise maciça, deve-se buscar a causa. Muitas vezes é realizada a broncoscopia e angiografia com embolização arterial para o controle do sangramento. Porém, caso haja ameaça de vida e o prognóstico seja muito ruim, considera-se o início da sedação paliativa.

## Náuseas e vômitos

A maioria das situações de náuseas e vômitos tem etiologia múltipla. Ocasionalmente é possível identificar e tratar causas específicas como a constipação, situação que pode ser revertida pelo uso de laxantes. A náusea também pode ser melhorada com o rodízio de opióides, terapêutica capaz ainda de levar a uma melhor resposta à dor. As alterações hidroeletrólíticas devem ser avaliadas e corrigidas. Obstrução mecânica do colo pode requerer descompressão cirúrgica.

A terapêutica medicamentosa deve ser dirigida ao provável mediador que estaria causando a náusea, isto é, a dopamina, serotonina, a histamina ou as vias colinérgicas. O mecanismo primário da náusea induzida por opióide é pela via de recaptação dopaminérgica. Dessa forma, o haloperidol é a droga de escolha.<sup>4</sup>

## Constipação

Dentre todas as causas de constipação em pacientes com câncer em cuidados paliativos as mais comuns relacionam-se aos efeitos colaterais dos opióides e aos efeitos da progressão da doença. O exame retal deverá ser realizado para identificação de fecaloma ou outras alterações locais que dificultam a evacuação. É possível prevenir a constipação e isto é praticamente certo quando a mesma decorre do uso de opióides. Assim, como premissa, a mão que prescreve um opióide deverá também prescrever um laxante.<sup>4</sup>

## Fadiga

O tratamento da fadiga está diretamente vinculado com a eliminação das comorbidades. Ainda assim é frequente a persistência da queixa sem nenhum outro fator associado.

Antidepressivos estão bem indicados quando na presença de depressão maior. Os psicoestimulantes, como metilfenidato, utilizado mais frequentemente para melhorar a sonolência relacionada aos opióides, oferecem benefícios para pacientes com queixa de fadiga, mas ainda são necessárias maiores evidências para sustentar seu uso.

## Sedação paliativa

Na medida em que a morte se aproxima, usualmente há alguns sinais e sintomas sinalizadores: fraqueza e fadigas intensas, inapetência e desidratação, insuficiência renal, alterações neurológicas manifestadas principalmente por delirium, alterações respiratórias, perda de habilidade de engolir, perda de controle esfinteriano e perda da habilidade de fechar os olhos (principalmente em pacientes muito emagrecidos). Nessa fase final de vida, em pacientes com doença avançada terminal, alguns sintomas podem ser de difícil controle, como a dor refratária às medicações e procedimentos específicos, delirium ou sofrimento psíquico intenso, sendo necessário o emprego da sedação paliativa, que é a administração deliberada de fármacos

que reduzem o nível de consciência, com o consentimento do paciente ou de seu responsável.

De acordo com a literatura, a prevalência de sedação paliativa variou de 16 a 52%. O reconhecimento precoce de delirium induzido por medicamento e pelas demais causas, assim como o rodízio de opióides, pode reduzir a necessidade de sedação para controle dos sintomas refratários de delirium e dor, respectivamente. Segundo Bruera et al (1995), o rodízio de opióides pode diminuir a necessidade de sedação causada por sintomas induzidos pela toxicidade dos opióides com mioclonus, alucinações, delirium, náuseas e dor persistente.<sup>4</sup> A sedação paliativa pode ser intermitente (aquela que permite períodos de alerta no paciente) ou contínua. Também podem ser superficial, na que se permite algum grau de comunicação com parentes, amigos e equipe multiprofissional.

Os principais sedativos são os benzodiazepínicos, neurolépticos, barbitúricos e os anestésicos. O midazolam é o sedativo mais frequentemente referido na literatura para indução de sedação paliativa, devendo-se evitar o uso de fórmulas prontas, como os chamados M1, M2 ou M3.

Normalmente, a sobrevida após o início da sedação paliativa é muito pequena, variando de horas a poucos dias. Muitos trabalhos disponíveis na literatura mostram que não existem diferenças significativas do tempo de sobrevida entre pacientes que precisaram ser sedados e os que não necessitaram.<sup>4</sup>

---

### ABSTRACT

Chronic progressive incurable illness is a major cause of disability, distress, suffering, and, ultimately, death. This is true for many causes of cancer, progressive neurologic disorders, AIDS, and other disorders of vital organs. When cure is not possible, as often it is not, the relief of suffering is the cardinal goal of medicine. The knowledge and the acceptance of this axiom is the heart of the philosophy, science, and practice of palliative medicine.

**Key words:** Palliative Care. Chronic Disease. Death.

---

## Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Definition of palliative care. 2002
2. Davies E, Higginson I. The solid facts: palliative Care. Geneva: WHO; 2004
3. Foley KM. The past and the future of palliative care. Improving end life care: why has it been so difficult? Hastening Center Report 2005; 35(6):s42-6
4. Cuidado Paliativo/Coordenação Institucional De Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008
5. Chiba T. Cuidados paliativos. In: Lopes AC. Tratado de Clínica Médica. São Paulo: Editora Roca; 2006 p. 4446-54
6. Harlos M, Woelk C. Guideline for estimating length of survival in palliative patients (on line). Disponível em <http://www.palliative.info>

7. Menezes RA. Em Busca da Boa Morte - Antropologia dos Cuidados Paliativos. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2004
8. Hennezel M. La Morte Intime. 1 Paris: Robert Laffont; 1995
9. Figueiredo MTA. A dor no doente fora dos recursos de cura e seu controle por equipe multidisciplinar. *Âmbito hosp* 1996; 8: 63-7
10. Doyle D, Jeffrey D. (2000) Palliative Care in the Home. Oxford University Press. Oxford
11. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994; 272:1263-6
12. Saudek CD, Felig P. The metabolic events of starvation. *Am J Med* 1976; 60:117-26
13. Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA. Nurses experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *N Engl Med* 2003; 349:359-65
14. Funicane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of evidence. *JAMA* 1999; 282: 1365-70
15. Lipman TO. Clinical trials of nutritional support in cancer. Parenteral and enteral therapy. *Hematol Oncol Clin North Am* 1991; 5:91-102
16. Wilson DO, Rogers RVM, Wrigth E, et al. Body weight in chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1989; 139:1435
17. World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva: WHO;1996
18. Booth S & Wade R. Oxygen or air for palliation of breathlessness in advanced cancer, *Palliative Care Forum*, 23. January, 2002. *J Royal Soc Med* 2003; 96:215-218.
19. Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle dos sintomas. Manual do Instituto Nacional de Câncer e do Ministério da Saúde; 2001
20. Causes and management of massive hemoptysis in adults - Up to date versão 15.3 (revisão de Janeiro de 2007) - David H Ingbar
21. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24:447-53.