

GUIA BÁSICO DE  
**CUIDADOS**

# PALIATIVOS

ORGANIZADORES:  
ANA CRISTINA SOARES HERNANI VALVERDE NEGREIROS  
ADILSON PEREIRA



**MESTRADO  
PROFISSIONAL  
ENSINO EM CIÊNCIAS  
DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

# SUMÁRIO

Objetivos .....	2
Trajectoria Pessoal .....	3
1.Introdução .....	4
2. Teoria de Aprendizagem de Carl Ranson Rogers .....	6
3.Contexto histórico .....	8
4. Conceitos de Cuidados Paliativos .....	12
5. Princípios de Cuidados Paliativos .....	14
6.Avaliação do Paciente em CP .....	17
7. Comunicação em Cuidados Paliativos .....	22
8.Controle de Sintomas .....	24
9. Equipe de Cuidados Paliativos e Família .....	32
10. Internação Familiar .....	40
11. Considerações éticas e Legais dos Cuidados paliativos ...	43
12. Referências Bibliográficas .....	48



## OBJETIVOS

Subsidiar o ensino de conceitos básicos de Cuidados Paliativos aos estudantes do 5º e 6º ano, do curso de graduação em medicina (por este público já possuir conhecimento do conteúdo básico da graduação e estarem dentro de hospitais, lidando diretamente com pacientes), dando importância para o aprimoramento de habilidades e competências características à prática dos Cuidados Paliativos, em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais – (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina.

## TRAJETÓRIA PESSOAL

Eu, Ana Cristina Soares Hernani Valverde Negreiros, sou médica desde o ano de 2002, com especializações em Ginecologia e Obstetrícia, Oncologia Clínica e Cuidados Paliativos; professora auxiliar da graduação em Medicina da UNIG (Universidade Iguazu) e da Universidade de Vassouras; preceptora para os alunos do internato da graduação de medicina no Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI); coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos no HGNI; médica Onco-Ginecologista no HGNI; médica Oncologista no Hospital Mário Kroeff; médica Oncologista no Grupo Assim; e Diretora Médica do abrigo para idosos Lar Bom Pastor.

Como professora e preceptora do internato, da graduação em medicina, percebi a ausência de conteúdo teórico e prático em colegas de profissão, bem como as dificuldades dos alunos do internato da graduação de medicina, para lidar com pacientes com doenças fora de possibilidade de cura e que necessitam de Cuidados Paliativos.

O ensino em Cuidados Paliativos é extremamente deficitário em nosso país. Em levantamento bibliográfico de 2018, avaliamos ter 315 escolas de medicina e que apenas 44 delas, apresentavam curso de CP (19 públicas e 25 particulares), deste total, 27 com obrigatoriedade na grade curricular e 17 de forma eletiva.

Considerando-se o cotidiano dos alunos do 5º e 6º ano do curso de medicina, demarcado com diversas exigências relacionadas aos processos de ensino-aprendizagem e uma questão levantada no curso de Mestrado de “Como podemos propiciar a otimização do ensino dos conteúdos, habilidades e competências básicas para que os alunos do 5º e 6º ano do curso de medicina, possam lidar com o paciente em fase terminal e como colocar na prática os CP?” Surgiu a ideia (e a necessidade) da criação de um material didático- pedagógico básico e prático, que possa subsidiar o ensino de conceitos básicos de Cuidados Paliativos aos estudantes do curso de graduação em medicina.



## 1. INTRODUÇÃO

São muitas as conquistas no âmbito da Ciência e Tecnologia. São tantas que é inviável acompanhar e estar atualizado sobre tudo. Um caminho a seguir é o da especialização do conhecimento. Desta forma, o Guia Básico de Cuidados Paliativos foi desenvolvido para ser uma fonte de conhecimento básico, de acesso fácil e de boa assimilação, observadas as diretrizes curriculares, médicas e legais vigentes.

A habilidade em transmitir conhecimento de forma didática e atrativa é bem-vinda em todos os campos de atuação, seja na Educação infantil, ensino fundamental, médio, ensino superior e também nas Ciências Médicas. Por que não seria? Estudos em Educação Médica são extremamente necessários e vem desafiando as Instituições brasileiras com novas formas de ensino. Em todas as cadeiras de todas as disciplinas e cursos temos bons professores e isso deve ser premissa básica.

Contudo temos professores excelentes e admirados, uma junção de conhecimento e inspiração. Apesar dos esforços de cada professor podem ainda ter alunos que possam apresentar alguma dificuldade e até mesmo não conseguir aprender de forma satisfatória, precisando de mais tempo cursando a matéria (exemplo as reprovações). Muitas vezes isso acontece porque o professor pode não usar todos os recursos pedagógicos disponíveis e priorizar apenas um modelo ou métodos. Para ilustrar, temos aquele professor que apresenta aula somente com slides e outros que trabalham com dinâmicas. A singularidade humana faz com que cada aluno tenha suas escolhas e preferências para apreender melhor as aulas. Uns preferem copiar tudo e outros apenas prestam atenção mantendo um foco excepcional.

A experiência do dia a dia na docência da graduação do curso de medicina, levou a identificar a dificuldade dos alunos em lidar com as questões de CP. Dificuldade está ratificada através dos resultados de pesquisa integrativa.

Com todos esses dados torna-se necessário a criação de estratégias de ensino para que futuros médicos possam ter conhecimento e estejam preparados para cuidar de forma técnica e da forma mais humana possível, seus pacientes.

Em resumo, o Guia Básico de CP, tem como objetivo facilitar o ensino sobre este tema, apresentando material didático-pedagógico, com base em técnicas e as necessárias habilidades envolvidas nas atividades práticas em CP.



## 2. TEORIA DE APRENDIZAGEM DE CARL RANSOM ROGERS

As teorias sobre educação, avalizadas pela Psicologia, proporcionaram uma melhor compreensão de assuntos frequentes que envolvem o ensino, como por exemplo a indisciplina, a falta de motivação e os obstáculos de aprendizagem, que em momento não muito distante atribuídos a fatores médicos ou como responsabilidade única do aluno.

Contudo, a Psicologia conseguiu demonstrar que existem muitas causas que podem levar o aluno a apresentar um comportamento diverso daquele esperado pelos professores, e que podem encaminhar para a falta de sucesso escolar. A Psicologia da Aprendizagem, possui orientações teóricas que buscam compreender como o ser humano constrói seus processos de aprendizagem.

A Teoria da Aprendizagem centrada no aluno, do psicólogo clínico e psicoterapeuta norte-americano Carl Ransom Rogers (1902-1987), apresentou importante trabalho na área do ensino, com destaque nas relações entre pessoas, na formação das características específicas e únicas do indivíduo, no ensino tendo como foco o aluno, bem como em sua habilidade de funcionar como um ser formado.

Rogers é visto como um defensor e representante da psicologia humanista e da corrente humanista em educação, e no Brasil, as suas teorias foram divulgadas a partir da década de 70, em confronto com as ideias do Comportamentalismo (Behaviorismo), que teve como principal representante Skinner.

Na área da educação, Rogers sustentou a ideia de que a função do professor se compara ao do terapeuta, e a do aluno ao do paciente (Rogers, 1966a).

Para Rogers, é através da comunicação entre pessoas que se educa e cabe ao professor a função de facilitar o processo de aprendizagem, colocando os interesses dos alunos em primeiro lugar.

O método sustentado por Rogers está apoiado na tese de que o aluno deve seguir aprendendo a aprender, enquanto o professor deve agir como um facilitador desse ensino (Rogers, 1985).

Em suma, Rogers defende que a educação deve motivar as forças positivas de crescimento que existem em todo ser humano, considerando a qualidade da relação professor – aluno. Defende também a aprendizagem significativa, que na sua visão acontece de forma mais simples quando as situações são percebidas como problemáticas, uma vez que acredita que só se aprende o que realmente é necessário.



### 3. CONTEXTO HISTÓRICO

Estamos aqui estudando sobre Cuidados Paliativos em 2024 (Século XXI), mas esta prática já existe a milênios, como veremos a seguir.

Segundo Santos (2011) o Cuidado Paliativo tem seu relato pautado desde a existência do homem na Terra, com registros desde 2500 a.C., tendo como objetivo principal o alívio do sofrimento humano.

Já Saunders (2004) ensina que historiadores apontam que a filosofia paliativista começou na antiguidade (período da história em que surgiram os primeiros povos, também chamada de Idade Antiga), com as primeiras definições sobre o cuidar; o relato mais antigo remonta ao século V, onde Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e dos países do leste, no Hospício do Porto de Roma.

Na Idade Média, durante as Cruzadas (expedições religiosas e militares, ocorridas entre os séculos XI e XIII, cujo principal objetivo era resgatar a Terra Santa, que estava sob o domínio islâmico, para os cristãos), era comum achar hospedarias em mosteiros, que abrigavam os doentes e moribundos, bem como os famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos. Esta forma de hospitalidade tinha como características principais o acolhimento, a proteção e o alívio do sofrimento. No século XVII, surgiram na Europa, muitas instituições de caridade que tinham como objetivo abrigar pobres, órfãos e doentes (Saunders, 2004), destaque para um jovem padre francês chamado São Vicente de Paula que fundou a Ordem das Irmãs da Caridade em Paris e abriu várias casas para órfãos, pobres, doentes e moribundos.

No século XIX estas instituições de caridade aumentaram através das organizações religiosas católicas e protestantes, passando a ter características de hospitais. “Our Lady's Hospice of Dying” foi criado pelas Irmãs de Caridade Irlandesas, em Dublin, no ano de 1879 e o “St Joseph's Hospice” criado pela Ordem de Irmã Mary Aikenheads, em Londres, no ano de 1905 (Saunders, 2004).

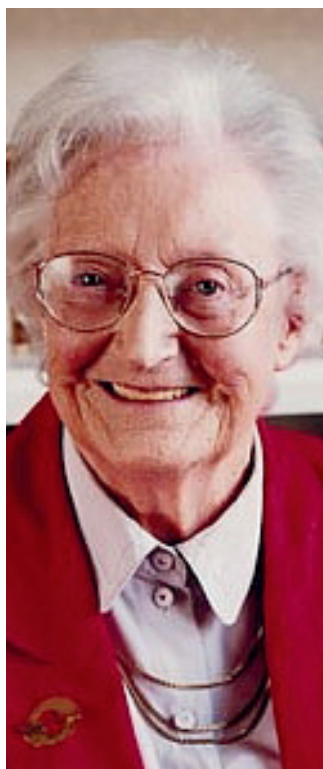
Cicely Saunders nascida na Inglaterra, em 22 de junho de 1918, dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano, falecendo em 14 de julho de 2005. Graduiu-se inicialmente como enfermeira, depois como assistente social e, posteriormente, como médica. É reconhecida como a fundadora do moderno movimento hospice e é inspiração para paliativistas no mundo todo.

No ano de 1967, Saunders iniciou o Movimento Hospice Moderno com a fundação do “St. Christopher’s Hospice”, onde era oferecido cuidado integral ao paciente, com o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico, bem como o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países (Pessini, 2005). Até os dias de hoje, o St. Christopher’s é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa.

Saunders conseguiu compreender o problema do atendimento que era oferecido, e ainda é, em hospitais para pacientes terminais, a denominada morte moderna, que vem acompanhada de um profundo processo de despersonalização dos internados em hospitais, o crescente poder médico e a desumanização dos pacientes (Menezes, 2003). Famílias e pacientes ainda ouvem de médicos e profissionais de saúde a frase “não há mais nada a fazer”, o que sempre foi refutado por Saunders: “ainda há muito a fazer”.

Nos Estados Unidos, na década de 1970, o encontro de Saunders com Elisabeth Klüber-Ross (psiquiatra suíça radiada nos Estados Unidos, que humanizou a morte e introduziu os CP para acompanhar pacientes terminais) fez com que o movimento Hospice também crescesse nos Estados Unidos. Entre os anos de 1974 e 1975, foi fundado um hospice na cidade norte americana de Connecticut, ponto de partida para a disseminação do movimento hospice em diversos países (Matsumoto, 2012).

O Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde – OMS, no ano de 1982, criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo Hospice para pacientes com câncer, e que fossem recomendados em todos os países (Maciel, 2008).



Cicely Saunders

O termo Cuidados Paliativos, que já era utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo Hospice em alguns idiomas (Maciel, 2008).

A OMS publicou sua primeira definição de CP em 1990: “Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares”. Esta definição foi revisada em 2002 e substituída pela atual (Matsumoto, 2012).

No Brasil o pioneirismo coube à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Miriam Marteleite, anesthesiologista da FMUFPA (Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará), que fundou no ano de 1979 o Serviço de Dor no Hospital das Clínicas, e em 1983 o Serviço de Cuidados Paliativos, na cidade de Porto Alegre (Figueiredo, 2011).





#### 4. CONCEITOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

A palavra “paliativo” tem origem do latim pallium, que significa, de forma mais abrangente, proteger, cobrir, amparar ou abrigar. Assim, os Cuidados Paliativos pressupõem a proposta de cuidar do indivíduo em diferentes aspectos: físico, mental, espiritual e social.

Segundo Oliveira, Maranhão e Barroso (2017) Cuidados Paliativos são procedimentos (técnicas ou não) de cuidar do paciente, que não tem o objetivo específico de cura e que são organizados em princípios com o objetivo de aliviar o sofrimento do paciente além de proporcionar qualidade para o tratamento, ofertando para os familiares suporte biopsicossocial.

Conforme a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS (2002):



“Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

Os Cuidados Paliativos baseiam-se em conhecimentos das diversas especialidades médicas, nas possibilidades de intervenção clínica e da terapêutica nas diversas áreas de conhecimento da ciência médica e de conhecimentos específicos (Pessini, 2005).

O Cuidado Paliativo não se guia em *protocolos*, mas sim por *princípios*. Em Cuidados Paliativos não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida, onde o cuidado deve começar desde o diagnóstico. Não há a impossibilidade de cura, mas sim a possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, excluída a ideia de “*não ter mais nada a fazer*”, aborda a espiritualidade, e a família também é assistida durante o tratamento e após a morte do paciente, durante o período de luto (Matsumoto, 2012).

Maciel *et al.* (2006) defende que os CP são uma filosofia e, portanto, aplicável em qualquer lugar. Cuidados paliativos são recomendados como um método integrado aos cuidados do doente em qualquer serviço de saúde, não necessitando de um lugar específico para que possam ser realizados, ou seja, podem ser realizados em ambulatórios, consultas, hospitais, unidade de tratamento intensivo (UTI).



## 5. PRINCÍPIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

**Segundo Pessini (2001), a filosofia dos Cuidados Paliativos (CP), pode ser apresentada da seguinte forma:**

- a) afirmar a vida e encarar o morrer como um processo normal;
- b) não apressar, nem adiar a morte;
- c) procura aliviar a dor e outros sintomas angustiantes;
- d) integra os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados do paciente;
- e) oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem ativamente tanto quanto possível até a morte;
- f) oferece um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com seu próprio luto.

A OMS em 1986 publicou princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos. Estes princípios foram reafirmados na sua revisão em 2002 (ANCP, 2009).

- **Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis**

O controle de sintomas é um objetivo fundamental da assistência. Os sintomas devem ser rotineiramente avaliados e efetivamente manejados.

- **Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida**

A morte deve ser compreendida como um processo natural, parte da vida, e a qualidade de vida é o principal objetivo clínico.

- **Não acelerar nem adiar a morte**

Os Cuidados Paliativos não têm como objetivo antecipar a morte, nem prolongar o processo de morrer.

- **Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente**

A experiência do adoecimento deve ser entendida de uma forma global e, portanto, as particularidades psicológicas e espirituais também são abrangidas na promoção do cuidado.

- **Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte**

As decisões sobre os tratamentos médicos devem ser feitas de maneira ética e compartilhada, uma vez que os pacientes e seus familiares têm direito a informações corretas sobre sua condição e opções de tratamento.

- **Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto**

A família deve ser cuidada com tanto empenho como o paciente.

- **Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto**

Cuidados Paliativos são, necessariamente, providos por uma equipe interdisciplinar, e a assistência não termina com a morte do paciente, se estende no apoio ao luto família, e pelo período que for necessário.

- **Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença**

Ao buscar o conforto e qualidade de vida por meio de controle de sintomas, pode-se também possibilitar mais dias de vida.

- **Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes**

O tratamento paliativo deve se iniciar o mais cedo possível, juntamente ao tratamento curativo, utilizando-se todos os esforços necessários para o melhor entendimento e controle dos sintomas.





## 6. AVALIAÇÃO DO PACIENTE EM CP

A avaliação do paciente deve conter elementos que ajudem a equipe de Cuidados Paliativos no entendimento de quem é a pessoa doente, a identificação de suas preferências e dificuldades, da cronologia da evolução da doença e os tratamentos já realizados, das necessidades atuais e sintomas do paciente, o exame físico, os medicamentos propostos, todas as decisões clínicas e a impressão a respeito da evolução e prognóstico e das expectativas com relação ao tratamento proposto, bem como o estabelecimento de um plano de cuidados (ANCP, 2009).

## 6.1 Dados biográficos

Os dados devem ser colhidos diretamente com o paciente, preferencialmente em conversa aparentemente informal para que possa incentivá-lo a descrever-se e para possibilitar a compreensão de quem é, devendo conter os seguintes dados (ANCP, 2009):

- Nome e forma como quer ser chamado.
- Gênero e idade.
- Estado civil, bem como se possui filhos, netos e parentes.
- Qual a sua profissão e quais foram seus trabalhos profissionais e quais mais gostou.
- Local de nascimento e regiões por onde morou e mora
- Com quem mora e com quem convive a maior parte do tempo.
- Religião e crenças.
- O que gosta de fazer para se divertir.
- O que sabe sobre sua doença – e o quanto quer saber.

## 6.2 Cronologia da evolução da doença e Tratamentos realizados

É o apontamento da doença de base, com o registro da época (mês e ano) do diagnóstico e do tratamento realizado. Fato contínuo, a evolução de diagnósticos secundários à doença de base, com o registro da época e os tratamentos. Apontar também as complicações relacionadas ao quadro principal, bem como os diagnósticos não relacionados à doença de base ou preexistentes (ANCP, 2009).

## 6.3 Sintomas iniciais e atuais

A avaliação de sintomas deve ser realizada de forma metódica na admissão, evoluções diárias, consultas ambulatoriais e visitas domiciliares. A escala de avaliação de sintomas desenvolvida em Edmonton no Canadá – ESAS é um instrumento muito importante para a realização deste trabalho. O ESAS deve ser analisado de forma criteriosa todos os dias, o que permitirá as ações necessárias para atenuar os sintomas (ANCP, 2009).

## 6.4 Impressão diagnóstica e prognóstico

A impressão acerca do estado em que se encontra o paciente, a expectativa acerca do tratamento proposto e a impressão prognóstica devem constar na admissão e em todas as vezes em que forem modificadas ao longo do tempo (ANCP, 2009).

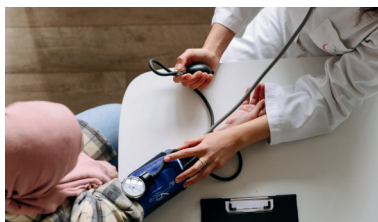
## 6.5 Decisões terapêuticas

Um prontuário em Cuidados Paliativos deve conter todas as decisões terapêuticas tomadas a partir de uma avaliação clínica (ANCP, 2009):

- Medicamentos e doses;
- Início ou suspensão de medidas;
- Solicitações de exames e avaliações;
- Necessidades de intervenções psíquicas;
- Necessidades sociais;
- Intervenções realizadas ou solicitadas com a família;
- Necessidades espirituais e
- Efeito esperado das ações.



## 6.6 Critérios de status de terminalidade



Segundo Moritz *et al.* (2011) a classificação quanto a fase de assistência ao paciente crítico é essencial para que sejam estabelecidas as prioridades de cuidado:

- Fase I - Morte pouco provável: condição clínica na qual a equipe constata uma maior possibilidade para a recuperação do que para o evento morte ou para a condição de irreversibilidade. Decide-se, de conformidade com a beneficência e a autonomia, onde a prioridade é o tratamento para a cura/reestabelecimento. Os cuidados paliativos nesta hipótese serão prestados para aliviar o desconforto da doença e do tratamento intensivo.
- Fase II – Evento morte estimado para dias, semanas ou meses: condição clínica na qual a equipe percebe uma ausência de respostas ou uma resposta insuficiente aos recursos utilizados, com uma crescente tendência ao evento morte ou irreversibilidade. Estabelecido o consenso entre equipe, paciente e família, a prioridade passa a ser a melhor qualidade de vida possível, e os cuidados que modifiquem a doença podem ser oferecidos quando julgados proporcionais pela equipe e paciente/família.
- Fase III – Evento morte estimado para horas ou dias: condição clínica na qual a equipe constata a irreversibilidade da doença e o evento morte iminente, acatando o desfecho para morte. O cuidado paliativo passa a ser exclusivo, e todas as medidas introduzidas buscam a melhor qualidade de vida possível e o conforto do paciente e de seus familiares.

## 6.7 Plano de Cuidados

É importantíssimo que cada consulta, visita ou internação resulte em um plano de cuidados ao paciente e família. Qualquer que seja o momento da doença, é imprescindível ter clareza do problema, das demandas, da evolução em que se encontra e a possibilidade de antever e prevenir novas crises. O plano de cuidados deve ser cristalino para que o tratamento proposto possa ser efetivado por toda a rede assistencial, inclusive em unidades de emergência e hospitais gerais onde o paciente poderá ser atendido por outras equipes (ANCP, 2009).





## 7. COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo Silva (2008), estudos revelam que o profissional de saúde, principalmente o médico, aprende a tratar a doença e não o doente, criando um hiato que dificulta a comunicação e banaliza a forma de divulgar o diagnóstico e prognóstico, o que afeta o paciente e familiares ao longo do adoecimento e do tratamento proposto.

Os ensinamentos de de Achury e Pinilla (2015) e Santos (2006) mostram que o adoecer e a possibilidade de morte podem causar no paciente e em sua família intensas respostas ao sofrimento. Ao receber a má notícia, é comum que o paciente e seus familiares sofram um choque e apresentem emoções intensas como dor, raiva, choro, negação, ansiedade e medo, ao serem comunicados de uma má notícia.

Para Hawthorne e Yurkovich (2003) o paciente sob Cuidados Paliativos deseja sentir-se cuidado e amparado, pelos profissionais de saúde, pois além de sofrer pela dor física da doença, sofre também por conflitos existenciais e espirituais.

Para Moritz (2007) a comunicação é fundamental para a assistência humanizada, e medida terapêutica comprovadamente eficaz para os pacientes, especialmente para os que se encontram em estado terminal.

Estudos apontam que a comunicação é o sustentáculo dos cuidados paliativos e pode minimizar os sintomas resultantes da fase avançada de uma doença (Benarroz, Faillace e Barbosa, 2009; Costa Filho *et al.*, 2008).

Para Benarroz, Faillace e Barbosa (2009) a comunicação é primordial na relação terapêutica na terminalidade, viabilizando a manifestação de medos, angústias, valores e significados pelo paciente e sua família. Neste sentido, para Silva e Sudigursky (2008) e Monteiro, Oliveira, Vall (2010) é fundamental que o profissional de saúde seja verdadeiro e sincero e forneça informações reais, estabelecendo uma relação de total confiança. É nesse enfoque, segundo Poles e Bousso (2009), que os profissionais da Saúde necessitam ter habilidades para se comunicar com as famílias e com o paciente ante a terminalidade.





## 8. CONTROLE DE SINTOMAS

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), através de seu Repositório Institucional para o Intercâmbio de Informações (IRIS), para uma melhor qualidade de vida dos pacientes em CP é necessário controlar adequadamente os sintomas que causam sofrimento. Dependendo da evolução da doença e tempo do tratamento, é possível que as indicações e o manejo dos sintomas mudem dependendo dos objetivos de cuidado que o paciente e a família tenham acordado com a equipe médica.

## 8.1 Dor

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial (IASP, c2024).

Segundo o Guia de Avaliação e Tratamento da Dor (Araújo, 2020), a dor, de modo geral, pode ser avaliada e mensurada por diferentes escalas, sendo que elas são tanto unidimensionais (avaliam única variável) ou multidimensionais (avaliam diferentes variáveis). As escalas multidimensionais oferecem avaliação mais ampla e são especialmente úteis nos idosos, já as escalas unidimensionais tendem a focar na intensidade da dor e podem ser apresentadas de diferentes formas:

a) Escala Visual Analógica (EVA) - Esta escala consiste em uma linha retilínea, impressa ou desenhada, de tamanho determinado, com os descritores verbais de ausência de dor e a pior dor possível em cada uma das suas extremidades, respectivamente;

b) Escala Visual Numérica - Permite quantificar a intensidade da dor através de números, sendo que o zero representa ausência de dor e 10 representa a pior dor imaginada, os demais números representam estágios intermediários, podendo ser aplicada gráfica ou verbalmente;

c) Escalas de Faces - Consiste em seis desenhos de faces ordenados (desenhos animados ou representações ilustradas com gravuras de faces descrevendo os vários graus da dor) de forma crescente em nível de intensidade da dor ou angústia. Sua principal vantagem é sua fácil utilização, sendo necessário apenas solicitar que o paciente escolha a face que melhor representa sua dor atual. Além disso, é indicada para crianças ou para pacientes com limitações cognitivas;

d) Escala descritiva ou qualitativa (Sem dor – Dor ligeira – Dor moderada – Dor intensa – Dor máxima) - É mais comumente utilizada em idosos. Sendo a última opção para uso entre as escalas de autoavaliação. Apesar de ser fácil de usar com ou sem instrumento físico, tem como desvantagens a qualificação da dor e não a sua quantificação.

Após a avaliação da dor do paciente, é possível obter diagnósticos e condutas que irão promover a analgesia adequada e um prognóstico de qualidade ao paciente.

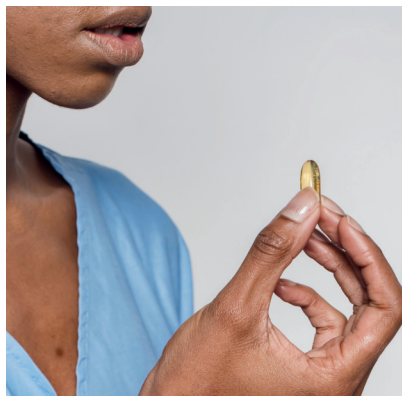
Em 1982, a Organização Mundial da Saúde iniciou uma nova escala de classificação: a escada analgésica. Tal elemento constitui-se de 3 degraus em que o potencial analgésico das drogas aumenta em ordem crescente e inicia-se com a analgesia sem opioides, através de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais, sendo seguido por um grau analgésico obtido com opioides fracos e o último composto por opiáceos mais fortes. É fundamental o conhecimento sobre a movimentação na escada, pois é necessário saber o momento e a maneira correta de subir ou descer nas opções disponíveis, sendo de suma importância agir no momento adequado.

## 8.2 Dispneia

Segundo Carvalho *et al.* (2018) a Dispneia é um sintoma subjetivo de desconforto respiratório, que em casos mais graves, manifesta-se por avidez por ar, sensação de sufocamento ou receio de não conseguir mais respirar.

Para Cachia e Ahmedzai (2008), além de diretamente correlacionada à progressão da insuficiência respiratória, a dispneia surge também da interação de outros fatores físicos (caquexia, astenia muscular), psíquicos (ansiedade/depressão) e socioambientais.

Realizadas as avaliações da intensidade (pequena, média ou grande), características, desencadeantes, ritmos de evolução, fatores de melhora e piora, e doença que levou ao sintoma, poderão ser adotados os tratamentos farmacológicas e não farmacológicas para o controle de dispneia em pacientes em cuidados paliativos.



Conforme os estudos de Parshall *et al.* (2012), o manejo inicial está no controle da causa de base; a otimização do uso de broncodilatadores, o controle do derrame pleural, a otimização volêmica e o uso de oxigenoterapia serão sempre prioritários, caso indicados. Destacam ainda que a reabilitação e a VNI para a redução da percepção de dispneia. Medidas comportamentais, como colocar utensílios e equipamentos na altura do quadril e evitar carregar objetos, servem como poupadores de energia e reduzem a sensação de dispneia.

Após essas medidas, se a dispneia persistir ao repouso e impossibilitar o paciente de realizar atividades de esforços mínimos, como escovar os dentes, segundo os estudos de Caraceni *et al.* (2012) poderá ser associado um opioide, sendo a morfina a droga de escolha.

Importante sempre lembrar que cada paciente é individual; em que etapa da doença o paciente está; que verificada a Dispneia/insuficiência respiratória após esforço físico ou agudamente lançar mão de tratamentos farmacológicos e terapêuticos e tentar reverter a causa de base; se causa aguda e paciente em fase inicial da doença, não se deve prender aos aspectos meramente paliativos relacionados a controle de sintomas, mas também a intervenções para tentar conter a evolução da doença de base; e, por fim, que a medida que sintomas passam a surgir em repouso, trazendo repercussões funcionais, associado ao avanço da doença de base, o tratamento sintomático toma maior importância, o que fica mais evidente na fase final (fase de terminalidade), nessa hipótese é prudente suspender medidas puramente paliativas.

### **8.3 Tosse e hipersecreção**

*“Do latim tussis, tosse é um movimento sonoro e convulsivo do aparelho respiratório dos seres humanos e dos animais”* (Conceito.de, 2014). Este fenômeno ocorre com a contração espasmódica da cavidade torácica a partir da libertação violenta do ar dos pulmões (Conceito.de, 2014). Embora seja um reflexo natural, a tosse pode comprometer significativamente a qualidade de vida, além de gerar complicações como dor muscular, fratura de arcos costais, incontinência urinária, astenia e distúrbios do sono.

Previamente a palição da tosse, deve se realizar um histórico clnico com o objetivo de procurar suas principais causas, como efeito adverso de medicao, rinossinusite, infeções respiratórias, patologias pulmonares, asma, DPOC e refluxo gastroesofágico (Irwin, 2018).

Conforme os estudos de Molassiotis *et al.* (2017), persistindo a tosse após a realização do histórico clnico se a tosse persistir, poderão ser usados opioides fracos em baixa dos e anticolinérgicos.

Já a hipersecreção, tecnicamente conhecida como broncorreia é a produção de mais de 100 ml de secreção pulmonar por dia. O muco é o responsável pela hidratação do aparelho respiratório e contém fatores de defesa contra vários patógenos. O muco não clareado leva à obstrução das vias aéreas e aumenta o risco de infecção.

As principais abordagens farmacológicas, nos estudos de Chalmers *et al.* (2012), incluem inalação com brometo de ipratrópio, uso de anticolinérgicos, colírio de atropina, corticosteroides e antibioticoterapia em casos extremos.

## 8.4 Náuseas e vômitos

Segundo Morrow e Rosenthal (1996) náusea é a sensação desagradável da necessidade de vomitar, habitualmente acompanhada de sintomas autonômicos como sudorese fria, sialorréia, hipotonia gástrica, refluxo do conteúdo intestinal para o estômago, entre outros. Vômito ou êmese é a expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico através da boca, causada por uma contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal. Ambos os sintomas são associados à sensação desconfortável, com impacto importante na qualidade de vida (Mannix, 1998).

Estudos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) demonstram que a avaliação das náuseas e vômitos envolve a investigação da frequência, duração, intensidade, aspecto, volume, fatores causadores ou agravantes (como o uso de medicamentos), desconforto físico, social, emocional, financeiro, efetividade e satisfação em relação ao tratamento proposto (CREMESP, 2008).

O Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2009) ressalta que no exame físico devem ser buscados sinais como desidratação, alterações de boca e orofaringe, distensão abdominal, presença de massas na topografia abdominal, ascite, sinais de localização neurológica e meningismo, bem como que para a avaliação de exames complementares iniciais, são úteis: hemograma, urinálise e raios X (RX) de tórax, avaliação bioquímica da função hepática, renal e eletrólitos como cálcio, sódio e potássio. Na hipótese de suspeita de obstrução de trato gastrointestinal, RX simples de abdome em posição ortostática e supina deve ser realizado. Sinais de falência renal devem ser investigados com ultrassonografia de vias urinárias, especialmente nos portadores de tumores pélvicos.

Nos pacientes em CP deve ser identificado o mecanismo causador a fim de aplicar a terapia antiemética mais adequada. Para pacientes com náuseas crônicas, frequentemente associadas a esvaziamento gástrico lento, os antieméticos devem ser utilizados preferencialmente por via retal. Metoclopramida promove o esvaziamento gástrico pela inibição dos receptores dopaminérgicos no estômago, estimula os receptores 5-HT<sub>4</sub> periféricos que aumentam a secreção de acetilcolina no plexo mioentérico, e promove a peristalse (Guideline NCG-6067, 2006)

## 8.5 Constipação

A constipação intestinal é conceituada como uma série de sinais e sintomas relacionados à dificuldade na eliminação das fezes. Normalmente verifica-se a diminuição da frequência nas evacuações, fezes com volume reduzido, endurecidas ou de difícil eliminação, bem como a sensação de evacuação incompleta, plenitude, desconforto abdominal ou a necessidade de manobras facilitadoras para a saída do bolo fecal. A todos esses sintomas, associam-se também hiporexia, anorexia, náuseas e vômitos, conforme os estudos de Glia e Lindberg (1997), Petticrew, Watt e Sheldon (1997), Thompson et al. (1999) e Wald (2007).

Para Woelk (2007) a anamnese e o exame físico criteriosos são essenciais, e exames complementares, como a rotina de abdômen agudo, podem ser elucidativos para o diagnóstico diferencial com obstrução intestinal.

Os estudos de de Ferreira (2007), Lewis e Heaton (1997) e Longstreth *et al.* (2006) ensinam que o diagnóstico correto da constipação intestinal deve estar fundamentado na avaliação criteriosa de parâmetros que levem em consideração não somente a frequência das evacuações, mas também as características das fezes produzidas e alguns sinais e sintomas de grande relevância, recomendando-se a adoção dos Critérios de Roma III e da Escala de Bristol, ambos os instrumentos validados para o diagnóstico da constipação intestinal funcional e reconhecidos para aplicação na clínica e na pesquisa.



Wald (2007) ensina que a constipação intestinal pode ser induzida por diversas drogas e que as mais comumente relacionados são: Aspirina, Paracetamol, Antihistaminícos, Anticonvulsivantes, AINEs, Haloperidol, Clorpromazina, Bloqueadores de Canais de Ca, Escopolamina, Benzodiazepínicos, Alcaloides de Vinca, Antidepressivos Tricíclicos, Ondansetron e Opioides.

Os opioides atuam diretamente sobre os receptores do trato gastrointestinal, retardando o esvaziamento gástrico, aumentando o tônus do esfíncter pilórico e lentificando o trânsito através da válvula ileocecal e do cólon e segundo os estudos de Woelk (2007) o efeito constipante dos opioides não é dose-dependente, ou seja, até mesmo opioides fracos e em baixas doses acarretam alterações sobre o trato gastrointestinal.

O tratamento poderá ser realizado através de intervenções nutricionais, fisioterapêuticas e clínico-farmacológicas.



## 9. EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS E FAMÍLIA

Macieira e Palma (2011) destacam em seus estudos que nenhuma ciência ou especialidade separadamente consegue abranger a complexidade da existência humana, por isso a necessidade de uma equipe multiprofissional para lidar com todas as dimensões e formas de cuidar, buscando a redução do sofrimento e da dor e consequentemente a qualidade de vida do sujeito e de seus familiares. Neste sentido, Reis (2018) corrobora que são necessários variados saberes profissionais para estes cuidados e a equipe multiprofissional irá analisar e tratar desse paciente considerando-o como um todo, em todas as suas necessidades, utilizando uma abordagem em equipe para orientar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo orientação sobre o luto, se for o caso.

Guimarães et al. (2016) ressaltam que para o trabalho em cuidados paliativos, é necessário que os profissionais de saúde possuam uma formação acadêmica que abranja essa temática. Desta forma, para Pires et al. (2019) a equipe multidisciplinar em cuidados paliativos poderá ser composta por médico, farmacêutico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, odontólogo e assistente espiritual.



O foco da atenção multiprofissional em cuidados paliativos deve ser centrado em amenizar o sofrimento do paciente, reconhecer sintomas como a dor e saber como lidar com essa questão, além da atuação psicológica que a situação requer (Bezerra, 2018).

### **9.1 Função do Médico na Equipe de Cuidados Paliativos**

Conforme o Manual dos Cuidados Paliativos (ANCP), as equipes de saúde trabalham de maneira hierarquizada, onde cada profissional tem seu papel reconhecido socialmente de forma diferente, dentro da equipe. O médico tem o papel determinante dentro do grupo, e se ele não aceitar determinada situação todo o trabalho da equipe pode se perder. Segundo o referido Manual a atuação do médico em cuidados paliativos, seria o de coordenar a comunicação entre os profissionais envolvidos, o paciente e a família, que esperam ouvir do médico informações do diagnóstico e prognóstico da doença. Segundo Hermes e Lamarca (2013) é de extrema relevância que o médico tenha uma boa comunicação com a equipe, para que todos tenham a mesma postura. O médico deve atuar em conjunto com o paciente, orientando sem coagir, mostrando-lhe os benefícios e as desvantagens de cada tratamento, de forma inteligível a seu entendimento. Agindo assim o médico se torna um facilitador para toda a equipe trabalhando de maneira a ajudar os familiares e o paciente terminal a exercer sua autonomia.

## **9.2 Função do Enfermeiro na Equipe de Cuidados Paliativos**

De acordo com Matos e Moraes (2006) a enfermagem é a arte e a ciência de assistir o doente nas suas necessidades básicas e, especificamente em cuidados paliativos, contribuir para uma sobrevivência mais digna e uma morte tranquila. O enfermeiro que atua em cuidados paliativos além de educar e orientar em saúde, de maneira clara e objetiva, tanto o paciente quanto a família nos cuidados a serem realizados, esclarecendo a medicação, e os procedimentos a serem realizados, realiza ações de conforto ao paciente, além dos cuidados básicos e fisiopatológicos, realizando ainda, quando possível seus anseios, desejos e vontades. (Hermes; Lamarca, 2013).

## **9.3 Função do Psicólogo na Equipe de Cuidados Paliativo**

A função do psicólogo em Cuidados Paliativos é a de atuar acolhendo e intervindo nas questões abstratas do paciente e dos familiares, com o objetivo de promover a saúde psíquica de todos os envolvidos na situação. Segundo Pedreira (2013, p. 11) “o psicólogo direciona o olhar ao humano, priorizando um espaço de elaboração, trazendo um outro ponto de vista diferente do médico, no qual o cuidador não se reporta apenas na remissão rápida dos sintomas”.

De acordo com o psicólogo humanista Rogers (1983), a função do psicólogo é a de estabelecer a comunicação entre o paciente, a família e a equipe de saúde, com o objetivo de facilitar as manifestações de todos, escutando o não falado, as comparações, o simbolismo e tudo o que estiver de forma nebulosa, transferindo o foco da atenção para o indivíduo e não para a doença. (Pedreira, 2013).

## **9.4 Função do Assistente Social na Equipe de Cuidados Paliativos**

O assistente social desempenha dois papéis importantes em Cuidados Paliativos: o primeiro é o de informar a equipe, quem é o paciente do ponto de vista biográfico: onde ele vive, em que condições o paciente se encontra para receber o atendimento da equipe, que, com as informações dos demais profissionais poderá ser planejado como vai ser o tratamento do paciente.

O segundo papel consiste no elo que este profissional faz entre o paciente-família e a equipe (Santos, 2006). O acolhimento e a escuta são características do trabalho deste profissional, que quando se depara com paciente em processo de morte, deve saber colher as informações no tempo certo, da voz ao paciente e seus familiares, permitindo-os extravasar suas tristezas e insatisfações com o problema. Conhecer a situação socioeconômica do paciente, os serviços disponíveis, as redes de suporte e canais para atender a demanda dos usuários, são outras fundamentais atribuições do assistente social. Os assistentes sociais em Cuidados Paliativos contribuem para o fortalecimento das relações entre os pacientes e seus entes queridos, providenciam os recursos necessários aos cuidados básicos dos indivíduos para que ele tenha uma morte digna. (Hermes; Lamarca, 2013).

### **9.5 Função do Farmacêutico na Equipe de Cuidados Paliativos**

O farmacêutico é uma peça-chave dentro da atividade de Cuidados Paliativos e faz parte de sua função, auxiliar o tratamento dos sintomas de uma forma que garanta o conforto e qualidade de vida do doente, certificando o uso racional dos diversos medicamentos. Assim, atribui-se ao farmacêutico o papel de esclarecer como será cumprida a terapêutica e o modo correto de seguimento, para que não haja dúvidas no momento do uso (Cua; Kripalani, 2008; Hill, 2007).

A intenção é que o paciente seja tratado com o menor número de medicamentos possíveis, evitando associações que podem gerar reações e efeitos adversos, ou interações medicamentosas que comprometam o tratamento. E aqui entra novamente o papel do farmacêutico: além de orientar a equipe multidisciplinar sobre a relação medicamentosa desses remédios, ele vai acompanhar, informar e desmistificar possíveis dúvidas na utilização dos medicamentos.

“Em uma forma mais ampla, faz parte do trabalho do farmacêutico dentro dos cuidados paliativos, avaliar a prescrição dos medicamentos e a sua adequação ao protocolo de tratamento.”

A atenção farmacêutica humanizada é um ponto central que deve ser seguido pelo profissional que faz parte da equipe responsável pelo cuidado paliativo.

Há pouco tempo, as funções de um farmacêutico, mesmo o hospitalar e o oncológico, se baseavam na manipulação e logística dos medicamentos, com um contato mínimo com o paciente.

Com a modernização de todo o processo relacionado aos recursos terapêuticos e também às equipes multidisciplinares, as atribuições do farmacêutico dentro de unidades de saúde e suas responsabilidades dentro dos próprios tratamentos se transformaram.

Hoje, o farmacêutico tem a possibilidade de atuar junto com o paciente, com a família, e criar uma relação próxima e humana, assim como os demais profissionais de saúde.



## **9.6 Função do Nutricionista na Equipe de Cuidados Paliativos**

O nutricionista tem, entre seus objetivos, reduzir os efeitos adversos causados pelo tratamento medicamentoso e controlar os sinais e sintomas da doença de base, inobstante a preservação da autonomia do indivíduo, levando sempre em conta seus hábitos alimentares, que por sua vez são fundamentais para assegurar a satisfação e conforto do doente.

A observação sobre as exigências alimentares dos pacientes, elaborando uma conduta que supra seus desejos é de grande importância, visto que se faz necessário compreender e valorizar a significância e simbologia do alimento, assimilando as recordações agradáveis e prazerosas proporcionadas por certas preparações alimentares, com isso a intervenção conjunta contribui para promover a melhora da ingestão alimentar e auxilia o paciente em cuidados paliativos a viver com melhor qualidade de vida (Silva, *et al.*, 2010)

Na visão de Costa e Soares (2016), o nutricionista, dentro de uma Unidade de Cuidados Paliativos, deve conhecer o prognóstico da doença e a expectativa de vida do indivíduo, dentro desses aspectos, junto com paciente, familiar e equipe, discutir qual plano dietoterápico é mais indicado, avaliando os riscos e benefícios.

Neste contexto, os estudos de Pinto e Campos (2016) relatam que os nutricionistas constituem uma mais valia no processo de cuidado alimentar e nutricional através da otimização na oferta de aconselhamento alimentar e nutricional, promoção da adaptação e flexibilização das rotinas alimentares institucionais e reforço do diálogo entre pacientes, familiares e outros membros da equipe em torno de assuntos relacionados com a alimentação e nutrição.

## **9.7 Função do Fisioterapeuta na Equipe de Cuidados Paliativos**

Segundo Sampaio, Moura e Resende (2005) a função do fisioterapeuta, a partir de uma avaliação específica, é de estabelecer um cronograma de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios, objetivando, por meio de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, alívio do sofrimento, alívio da dor e outros sintomas estressantes.

Para Reiriz, *et al.* (2006) a fisioterapeuta tem como objetivo promover o conforto e a independência de pacientes terminais, a fim de diminuir o tempo de internação e aumentar o tempo do paciente junto aos seus familiares e amigos, fazendo com que o paciente chegue mais rapidamente à fase de aceitação, através da estabilização dos potenciais reduzidos e do alívio dos desconfortos.

## **9.8 Função do Fonoaudiólogo na Equipe de Cuidados Paliativos**

Conforme o Parecer nº 42, de 18 de fevereiro de 2016, do Conselho Federal de Fonoaudiologia, cabe ao fonoaudiólogo avaliar e indicar estratégias para contornar os impactos negativos relacionados à disfagia (que normalmente envolvem a saúde pulmonar, a desidratação e a desnutrição do paciente) e à comunicação ineficientes. (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2016).

Dessa forma, segundo Jacinto-Scudeiro, Ayres e Olchik (2019) a atuação do fonoaudiólogo é de suma importância, pois ajuda no manejo do paciente em cuidados paliativos e viabiliza conforto e possibilidades de o paciente realizar suas escolhas e expressar seus desejos no desfecho de sua vida.

Para Luchesi e Silveira (2018) a vontade do paciente em se alimentar deve ser levada em consideração e o papel que o alimento representa em seu cotidiano, objetivando prazer e qualidade de vida, principalmente quando há presença de doença progressiva e incurável.

## **9.9 Função do Terapeuta Ocupacional na Equipe de Cuidados Paliativos**

Para Mello *et al.* (2004), a função do terapeuta ocupacional, através das técnicas e recursos avaliativos é a de identificar o grau de autonomia e independência do paciente nas áreas de desempenho ocupacional no contexto hospitalar; elencar as dificuldades vivenciadas pelo processo de adoecimento e hospitalização; e, colaborar com informações inerentes ao diagnóstico.

Ainda, segundo Mello *et al.* (2004), o processo avaliativo deve favorecer o conhecimento acerca do indivíduo a partir de sua história de vida, valores culturais e espirituais, interesses e cotidiano, atividades significativas e condições ambientais onde vive, observadas suas condições físicas e emocionais e considerada a rotina hospitalar, que pode influenciar em suas expectativas e ansiedade quanto a diagnóstico e procedimentos.

Para Queiroz (2012), na abordagem dos Cuidados Paliativos, o terapeuta ocupacional visa promover conforto e qualidade de vida, auxiliar a pessoa e o cuidador no que diz respeito a lidarem com as dificuldades causadas pelas perdas funcionais, cognitivas, sociais e emocionais, bem como promover autonomia e/ou independência no desempenho ocupacional.



## 10. INTERNAÇÃO DOMICILIAR

De acordo com Rodrigues (2012), os Cuidados Paliativos podem ser prestados através de três modelos assistenciais: hospitalar, domiciliar e ambulatorial. Cada um deles tem suas vantagens e desvantagens, entretanto, a atenção domiciliar se diferencia por permitir o acolhimento do usuário em seu próprio lar, próximo à família e sem a obrigatoriedade de se adequar a rotina hospitalar.

Com base na Portaria MS nº 825/2016, do Ministério da Saúde (Brasil), a atenção domiciliar foi definida na como uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

A Atenção Domiciliar é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, mesmo que dependam de ventilação mecânica, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Será inelegível para a Atenção Domiciliar o usuário que apresentar ao menos uma das seguintes situações:

- 1.Necessidade de monitorização contínua;
- 2.Necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- 3.Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência e com urgência;
- 4.Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência ou
5. Necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

Nutrição parenteral e necessidade de ventilação mecânica não são, por si sós impeditivos de acesso ao serviço que é prestado por equipes multidisciplinares (assistente social, fisioterapeuta, médico, fonoaudiólogo, nutricionista etc.) e a participação da família no cuidado deve ser estimulada.

O serviço de Atenção Domiciliar garante atendimento domiciliar, no mínimo, uma vez por semana para cada usuário e é prestado precipuamente pelo Município.

Visando organizar a atenção domiciliar no País, a referida Portaria descreve os tipos de equipes de atenção domiciliar: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) (tipo 1 e tipo 2) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap); e as suas modalidades de organização: atenção domiciliar tipo 1 (AD1), tipo 2 (AD2) e tipo 3 (AD3).



Cada modalidade de atenção domiciliar tem as suas especificidades de acordo com o perfil do usuário e, conseqüentemente, com a equipe responsável pela prestação do cuidado. Assim, a AD1 destina-se aos usuários que demandam cuidados de menor complexidade, ficando, desse modo, a cargo das equipes da atenção básica. As modalidades AD2 e AD3 destinam-se aos usuários que, em virtude de sua condição física, exigem cuidados mais frequentes e acompanhamento contínuo.

Ambas deverão ser prestadas por Emap ou Emad, e o que as distingue é o período de permanência do usuário em cuidados domiciliares. Na AD2, a permanência pode ser contínua e, caso a situação de saúde do usuário fique mais estável, ele poderá ser encaminhado para AD1. Já a modalidade AD3 caracteriza-se pela permanência contínua do usuário, dada a sua condição de saúde. Destaca-se, portanto, que os cuidados paliativos se enquadram nas modalidades de atenção AD2 e AD3.



## 11. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

O primeiro entendimento médico (legal) acerca da aplicabilidade dos Cuidados Paliativos, surgiu através do Conselho Federal de Medicina (CFM), que promoveu a Resolução CFM nº 1.805, no ano de 2006, assegurando ao profissional médico, em seu artigo 1º, que “é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”. (CFM, 2006, p. 1).

O CFM na exposição de motivos da Resolução CFM nº 1.805, afirmou (Dadalto, 2013):

*(...) torna-se importante que a sociedade tome conhecimento de que certas decisões terapêuticas poderão apenas prolongar o sofrimento do ser humano até o momento de sua morte, sendo imprescindível que médicos, enfermos e familiares, que possuem diferentes interpretações e percepções morais de uma mesma situação, venham a debater sobre a terminalidade humana e sobre o processo do morrer. Torna-se vital que o médico reconheça a importância da necessidade da mudança do enfoque terapêutico diante de um enfermo portador de doença em fase terminal, para o qual a Organização Mundial de Saúde que sejam adotados os cuidados paliativos, ou seja, uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual.*

Posteriormente a edição da Resolução nº 1.805/2006, o CFM, em 2009, no uso de suas atribuições legais, aprovou o novo Código de Ética Médica, proibindo a prática da “distanásia” e legitimando, expressamente, os Cuidados Paliativos, como conduta ética.

Com efeito, no item XXII de seu Capítulo I, que trata dos Princípios Fundamentais da Medicina, o Código de Ética Médica de 2009 dispõe, expressamente, que “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”.



O novo Código de Ética Médica de 2009 (p. 39), enfatizou a aplicabilidade da Ortotanásia em seu artigo 41, de forma expressa, no parágrafo único desse mesmo dispositivo normativo, que *“nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os Cuidados Paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”*.

O Código de Ética Médica seguinte, de 2019, manteve as mesmas determinações e orientações, em relação a aplicabilidade dos Cuidados Paliativos.

Hodiernamente, no âmbito ético da prática da medicina, o entendimento médico é de total repúdio à prática da “distanásia” e de total aprovação da prática dos Cuidados Paliativos.

Desta forma, os Cuidados Paliativos é uma obrigatoriedade de todos os médicos (o seu oferecimento) e um direito de todos dos pacientes.

Com a edição da Resolução CFM nº 1.805/2006, ocorreu um antagonismo, tanto na medicina como no mundo jurídico, uma vez que equivocadamente afirmou-se que restaria caracterizado o crime de homicídio, na hipótese do médico limitar ou suspender o tratamento e os procedimentos que estariam prolongando a vida de um paciente em estado terminal de uma doença incurável, causando, assim, a morte desse paciente.

Destarte, em contraposição à Resolução CFM nº. 1.805/2006, o Ministério Público Federal, em 09 de maio de 2007, promoveu uma Ação Civil Pública (2007.34.00.014.809-3 - Distrito Federal) contra o CFM, requerendo a revogação da mencionada resolução, argumentando que a Ortotanásia, assim como a eutanásia, caracterizaria o crime de homicídio.

A Justiça Federal do Distrito Federal, acolhendo o pedido de antecipação de tutela, suspendeu liminarmente a vigência da Resolução CFM nº 1.805/2006.

Após a oitiva do CFM, o Ministério Público Federal, autor da ação, reconheceu o equívoco de sua propositura e requereu a improcedência da sua pretensão inicial, admitindo que a prática da ortotanásia não constituía crime de homicídio e, ainda, que “o CFM tem competência para editar a Resolução nº 1.805/2006, que não versa sobre direito penal e, sim, sobre ética médica e consequências disciplinares”.

Por fim, a Justiça Federal do Distrito Federal acolheu integralmente as alegações finais do Ministério Público Federal, julgando improcedente a ação proposta e reestabelecendo a vigência da Resolução CFM nº 1.805/2006, apresentando os seguintes fundamentos (Distrito Federal, 2010, p. 3):



- 1) o CFM tem competência para editar a Resolução nº 1.805/2006, que não versa sobre direito penal e, sim, sobre ética médica e consequências disciplinares;
- 2) a ortotanásia não constitui crime de homicídio, interpretado o Código Penal à luz da Constituição Federal;
- 3) a edição da Resolução nº 1.805/2006 não determinou modificação significativa no dia a dia dos médicos que lidam com pacientes terminais, não gerando, portanto, os efeitos danosos propugnados pela inicial;
- 4) a Resolução nº 1.805/2006 deve, ao contrário, incentivar os médicos a descrever exatamente os procedimentos que adotam e os que deixam de adotar, em relação a pacientes terminais, permitindo maior transparência e possibilitando maior controle da atividade médica;
- 5) os pedidos formulados pelo Ministério Público federal não devem ser acolhidos, porque não se revelarão úteis as providências pretendidas, em face da argumentação desenvolvida.



O Código de Ética Médica em vigor (2019, p. 28) enfatiza a aplicabilidade da Ortotanásia em seu artigo 41:

Nos casos de doença incurável ou 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.

A luz da legislação pátria vigente não há nenhuma previsão legal que impeça a prática dos Cuidados Paliativos como um tratamento médico, já que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, como determina o artigo 5º, II, da Constituição Federal. (Brasil, 1988).

Na prática dos Cuidados Paliativos, não existe a intenção ou a ação de ofender a vida, portanto não há que se cogitar a hipótese do crime de homicídio previsto no artigo 121, do Código Penal. (Brasil, 1940).

Também não existe na prática dos Cuidados Paliativos a omissão de socorros, prevista no artigo 4º, do Código Penal, eis que se trata de paciente com doença em estado irreversível, já tendo o paciente recebido os cuidados necessários para sua recuperação hipotética, mas sem sucesso.

Tampouco fere o princípio da dignidade humana, prevista no artigo 1º, III, da Constituição Federal.

## **12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 117-23. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br>. Acesso em: 6 mar. 2024.

ACHURY Diana Marcela, PINILLA Maribel. **La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida**. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-la-con-familia-del-paciente-S166570631500092>. Acesso em: 6 mar. 2024.

ARAÚJO, Mauro (org.). **Guia de avaliação e tratamento da dor**. Belém: EDUEPA, 2020. 112 p.

BENARROZ, Monica de Oliveira; FAILLACE, Giovanna Borges Damiano; BARBOSA, Leandro Augusto. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológico sem adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1875-1882, 2009.

BEZERRA, Ana Hévila Marinho. **A dor em pacientes sob cuidados paliativos: um estudo com equipe multiprofissional**. 2018. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2018.

BIFULCO, Vera Anita; IOCHIDA, Lúcia Christina. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 92-100, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100013>. Acesso em: 6 mar. 2024.

BLASCO, Pablo G. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. **Educación Médica**, Barcelona, v. 19, n. 2, p. 104-114, mar./abr. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-194866>. Acesso em: 6 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: MEC; CNE; CES, 2014. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003\\_14.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view). Acesso em: 6 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022**. Altera os Arts. 6o, 12 e 23 da Resolução CNE/CES no 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: MEC; CNE; CES, 2022. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=242251-rces003-22-2&category\\_slug=novembro-2022-pdf-1&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=242251-rces003-22-2&category_slug=novembro-2022-pdf-1&Itemid=30192). Acesso em: 6 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: MS, 2016. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PORTARIA-825.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2024.

CACHIA, Elaine; AHMEDZAI, Sam H. Breathlessness in cancer patients. **European Journal of Cancer**, United Kingdom, v. 44, n. 8, p. 1116-1123, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.03.004>. Acesso em: 6 mar. 2024.

CALDAS, Gustavo Henrique de Oliveira; MOREIRA, Simone de Nóbrega Tomaz; VILAR, Maria José. Palliative care: A proposal for undergraduate education in Medicine. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 261-71, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180008>. Acesso em: 6 mar. 2024.

CARACENI, Augusto et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. **The Lancet Oncology**, United Kingdom, v. 13, n. 2, p. e58-e68, 2012. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(12\)70040-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70040-2). Acesso em: 6 mar. 2024.

CARVALHO, Ricardo T. et al. **Guia da residência de cuidados paliativos – abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Manole, 2018.

CASTRO, Andrea Augusta; TAQUETTE, Stella Regina; MARQUES, Natan Iório. Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 2, p. e056, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200162>. Acesso em: 6 mar. 2024.

CHALMERS, James D. et al. Short- and long-term antibiotic treatment reduces airway and systemic inflammation in noncystic fibrosis bronchiectasis. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, United States, v. 186, n. 7, p. 657-665, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22744718/>. Acesso em: 6 mar. 2024.

CICELY SAUNDERS INTERNATIONAL. Home page. **Cicely Saunders International**, England, c2021. Disponível em: <https://cicelysaundersinternational.org/>. Acesso em: 6 mar. 2024.

CONCEITO.DE. Tosse – o que é, conceito e definição. **Conceito.de**, [s. l.], 05 fev. 2014. Disponível em: <https://conceito.de/tosse>. Acesso em: 6 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFa). **Parecer nº. 42, de 18 de fevereiro de 2016**. Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo em cuidados paliativos. Parecer aprovado na 1450 SPO do CFFa. Brasília, DF: CFFa, 2016. Disponível em: <https://cffa-br.implanta.net.br/PortalTransparencia/Publico/ArquivosAnexos/Download?idArquivoAnexo=f2a5e462-3111-45b9-aacc-749db828787b>. Acesso em: 6 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica** – Resolução CFM nº 1.931/09. Brasília, DF: CFM, 2010. Disponível em : <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: CREMESP, 2008. 689 p.

CORREIA, Divanise Suruagy et al. Percepção e vivência da morte de estudante de medicina durante a graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 1, p. e013, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190200>. Acesso em: 6 mar. 2024.

COSTA FILHO, Rubens C. et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 88-92, 2008.

COSTA, Álvaro Percínio; POLES, Kátia; SILVA, Alexandre Ernesto. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1041-52, maio 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/9w9TtLpg3DsbQ3ChkDcK5Xj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 mar. 2024.

COSTA, Mariana Fernandes; SOARES, Jorge Coelho. Alimentar e nutrir: sentidos e significados em cuidados paliativos oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 215, 224, set. 2016.

CUA, Yvette M.; KRIPALANI, Sunil. Medication use in the transition from hospital to home. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, v. 37, n. 2, p. 136-141, 2008.

DALPAI, Débora et al. Pain and palliative care: the knowledge of medical students and the graduation gaps. **Revista Dor**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 307-10, 2017.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/mPNjGwyWp4m4y8FB9zJbtSS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 mar. 2024.

FERREIRA, K. Azevedo São Leão. Controle da constipação relacionada ao uso de opioides. **Revista Dor é coisa séria**, [s. l.], v. 3, n. 3, p. 19-28, 2007.

FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis. A História dos Cuidados Paliativos no Brasil. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 1, n. 2, p. 1-2, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v1i2.509>. Acesso em: 6 mar. 2024.

FIGUEIREDO, Maria das Graças Mota Cruz de Assis; STANO, Rita de Cássia M. T. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 298-306, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/G9qD3F4nK8hjDMFyGQPcfDk/?lang=pt>. Acesso em: 6 mar. 2024.

FONSECA, Anelise; GEOVANINI, Fatima. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 120-5, 2013.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DJvJFwSSZ9CDBxkvMmHYfj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 mar. 2024.

FREITAS, Eni Devay de. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 527-35, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ygmKWB5kMK6CLFjqQ7VZy5f/?format=pdf>. Acesso em: 6 mar. 2024.

GLIA, A; LINDBERG, G. Quality of life in patients with different types of functional constipation. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, Oslo, v. 32, n. 11, p. 1083-9, nov. 1997.

GUIDELINE SUMMARY NCG-6067. **Nausea and Vomiting**. Editorial Board Palliative Care: Practice Guidelines. Utrecht: Association of Comprehensive Cancer Centres (ACCC), 2006. 28 p.

GUIMARÃES, Tuani Magalhães et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Escola Anna Nery** – Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 261-267, 2016.

HAWTHORNE, Denise L.; YURKOVICH, Nancy J. Human relationship: the forgotten dynamic in palliative care. **Palliative & Supportive Care**, England, v. 1, n. 3, p. 261-265.0, 2003.

HERMES Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.

HILL, Robin Renee. Clinical pharmacy services in a home-based palliative care program. **American Journal Health-System Pharm**, Bethesda, v. 64, n. 8, p. 806-810, 2007.

IASP. Announces Revised Definition of Pain. **IASP**, [s. l.], c2024. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>. Acesso em: 6 mar. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Cuidados paliativos. **INCA**, Brasília, 16 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos> Acesso em: 6 mar. 2024.

IRWIN, Richard S. et al. Classification of cough as a symptom in adults and management algorithms: CHEST guideline and expert panel report. **Chest**, Chicago, v. 153, n. 1, p. 196-209, 2018.

JACINTO-SCUDEIRO, Lais Alves; AYRES, Annelise; OLCHIK, Maira Rozenfeld. Tomada de decisão: papel do fonoaudiólogo em cuidados paliativos. **Distúrbios Da Comunicação**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 141-146, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2019v31i1p141-146>. Acesso em: 6 mar. 2024.

LEWIS, S. J.; HEATON, K. W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, Oslo, v. 32, n. 9, p. 920-4, 1997.

LONGSTRETH, George F. et al. Functional bowel disorders. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 130, n. 5, p.1480-91, 2006.

LUCESI, Karen Fontes; SILVEIRA, Isabela Costa. Cuidados paliativos, esclerose lateral amiotrófica e deglutição: estudo de caso. **CoDAS**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 1-6, 2018.

MACIEIRA, Rita de Cassia; PALMA, Roseane Raffaini. Psico-oncologia e Cuidados paliativos. In: SANTOS, Franklin Santana (ed.). **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 323-330.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: \_\_\_\_\_. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Cremesp, 2008. p.18-21.

MANNIX, Kathryn. Palliation of nausea and vomiting. In: DOYLE, Derek et al. **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 1998. p. 489-98.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

MATOS, Fátima André; MORAES, Tânia Mara. A Enfermagem nos cuidados paliativos. In: FIGUEIREDO Marco Tullio de Assis (coord.). **Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e Tanatologia**. São Paulo: Unifesp; 2006. p. 49-62.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

MELLO, Maria Aparecida Ferreiro et al. Processo avaliativo em Terapia Ocupacional. In: CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado de; LUZO, Maria Cândida de Miranda. **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. p. 74-98.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-507765>. Acesso em: 6 mar. 2024.

MENEZES, Rachel Aisengart. Tecnologia e "Morte Natural": o morrer na contemporaneidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 367-385, 2003.

MOLASSIOTIS, Alex et al. Symptomatic Treatment of Cough Among Adult Patients With Lung Cancer: CHEST Guideline and Expert Panel Report. **Chest.**, Chicago, v. 151, n. 4, p. 861-874, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.12.028>. Acesso em: 6 mar. 2024.

MONTEIRO, Fabiana Franco; OLIVEIRA, Miriam de; VALL, Janaina. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. **Revista Dor**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 242-248, 2010.

MORITZ, Rachel Duarte et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 24-9, 2011.

MORITZ, Rachel Duarte. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 485-490, 2007.

MORROW, G. R.; ROSENTHAL, S. N. Models, mechanism and management of anticipatory nausea and vomiting. **Oncology**, Basel, v. 53, n. suppl.1, p. 4-7, 1996.

OLIVEIRA, José Ricardo de et al. Reflexões sobre o Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 40, n. 3, p. 364-73, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/rbem/a/rWFDSXV76vrdRrdkMbWMhts/#>. Acesso em: 6 mar. 2024.

OLIVEIRA, José Ricardo; FERREIRA, Amauri Carlos; REZENDE, Nilton Alves de. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 285-90, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/jj/rbem/a/GdVW559MJ3LbYFR36TsdMDF/?lang=pt>. Acesso em: 6 mar. 2024.

OLIVEIRA, Thais Cibere Bezerra de; MARANHÃO, Thércia Lucena Grangeiro; BARROSO, Marianna Leite. Equipe multiprofissional de cuidados paliativos da oncologia pediátrica: uma revisão sistemática. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Pernambuco, v. 11, n. 35, p. 492-530, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). OMS divulga recursos para lidar com flagrante escassez de serviços de cuidados paliativos de qualidade. **OPAS**, Genebra, 5 out. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2021-oms-divulga-recursos-para-lidar-com-flagrante-escassez-servicos-cuidados>. Acesso em: 6 mar. 2024.

PAIVA, Melina Pereira Fernandes et al. Self-Assessment of Knowledge in Palliative Care by Physicians Resident of a University Hospital. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 716-22, 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/9490>. Acesso em: 6 mar. 2024.

PARSHALL, Mark B. et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. **American journal of respiratory and critical care medicine**, New York, v. 185, n. 4, p. 435-452, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST>. Acesso em: 6 mar. 2024.

PEDREIRA, Carla S. Assistência psicológica humanizada à pacientes oncológicos. **Psicologia PT**: O Portal dos Psicólogos, Portugal, p. 1-14, 2013. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0735.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2024.

PEREIRA, Erika Aguiar Lara; RANGEL, Adriana Belle; GIFFONI, Julia Calixto Guimarães. Identificação do nível de conhecimento em cuidados paliativos na formação médica em uma escola de medicina de Goiás. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 4, p. 65-71, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20180116>. Acesso em: 6 mar. 2024.

PESSINI, Leo. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001. (Coleção Bioética em Perspectiva).

PESSINI Leo; BERTACHINI Luciana. Cuidados Paliativos: ética geriatria gerontologia comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 29, v. 29, n. 4, p. 491-509, 2005.

PETTICREW, M.; WATT, I; SHELDON T. Systematic review of the effectiveness of laxatives in the elderly. **Health Technology Assessment, Winchester**, v. 1, n. 13, p. 1-52, 1997.

PINELI, Paula Pereira et al. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 40, n. 4, p. 540-6, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01182015>. Acesso em: 6 mar. 2024.

PINTO, Isabel Ferraz; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Os Nutricionistas e os Cuidados paliativos. **Acta Portuguesa de Nutrição**, Portugal, v. 7, p. 40-43, 2016.

PIRES, Mayva Luany Oliveira et al. O papel da equipe multiprofissional nos cuidados paliativos. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 414-434, 2021.

POLES, Kátia; BOUSSO, Regina Szyllit. Morte digna da criança: análise de conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 215-22, 2009.

PRINCE, Martin; GUERCHET, Maëlen; PRINA, Matthew. Policy Brief for Heads of Government. **The Global Impact of Dementia 2013-2015**. London: ADI, 2013. 8 p. Disponível em: <https://www.alzint.org/u/2020/08/GlobalImpactDementia2013.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2024.

QUEIROZ, Mônica Estuque Garcia. Atenção em cuidados paliativos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 203-205, 2012.

REIRIZ, André Borba et al. Cuidados paliativos, a terceira via entre eutanásia e distanásia: ortotanásia. **Prática Hospitalar**, [s. l.], v. 6, n. 48, p. 77-82, 2006.

REIS, Ana Cláudia Arguelles dos. **Cuidado paliativo e educação**: percepções da equipe multiprofissional de um hospital de alta complexidade da grande São Paulo. 2018. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018.

RODRIGUES, Luís Fernando. Modalidades de atuação e modelos de assistência em cuidados paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. São Paulo, SP: ANCP, 2012. p. 86-93

ROGERS, Carl R. Experiências em comunicação. In: ROGERS, Carl. **Um jeito de ser**. São Paulo, SP: EPU, 1983. p. 3-16.

ROGERS, Carl R. **Liberdade de aprender em nossa década**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1966a.

ROGERS, Carl R. **Psicoterapia centrada en el cliente**. Buenos Aires: Paidós, 1966b.

SAMPAIO, Luciana Ribeiro; MOURA, Cristiane Victor de; RESENDE, Marcos Antônio de. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 339-46, 2005.

SANTOS, Cíntia Forcione dos. A atuação de assistente social em cuidados paliativos. In: FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis (org.). **Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia**. São Paulo: Unifesp, 2006. p. 62-65.

SANTOS, Franklin Santana. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In: SANTOS, Franklin Santana (org.). **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. cap. 1, p. 3-15.

SAUNDERS, Cicely. Foreword. In: DOYLE, Derek et al. (ed.), **Oxford textbook of palliative medicine**. 3. ed. Oxford: Oxford University, 2004. p. 17-20.

SCOTT, Andrew J. 10 facts about longevity. **Andrew Scott**, [s. l.], 29 jun. 2017. Disponível em: <https://profandrewjscott.com/10-facts-about-longevity/#comment-3>. Acesso em: 6 mar. 2024.

SILVA, Ednamare Pereira; SUDIGURSKY, Dora. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008.

SILVA, Maria Júlia Paes da. Falando da comunicação. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer (coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p. 33-43.

SILVA, Patrícia Blasco et al. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 282-288, 2010.

THOMPSON, W. G. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. **Gut**, London, v. 45, n. suppl. 2, p. 1143-7, 1999.

TOLEDO, Andréia Padilha de; PRIOLLI, Denise Gonçalves. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 109-17, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100015>. Acesso em: 6 mar. 2024.

WALD, Arnold. Pathophysiology, diagnosis and current management of chronic constipation. **Nature Clinical Practice. Gastroenterology & Hepatology**, London, v. 3, n. 2, p. 90-100, 2006.

WOELK, Cornelius J. The hand that writes the opioid. **Canadian Family Physician**, Don Mills, v. 53, n. 6, p. 1015-7, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Agency for Research on Cancer. Predictions of the future cancer incidence and mortality burden worldwide up until 2050. **WHO**, Geneva, c2024. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/em>. Acesso em: 6 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Palliative care. **WHO**, Geneva, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 6 mar. 2024.