

CUIDADOS PALIATIVOS

1. Introdução e conceitos
2. Dor oncológica
3. Dor nos pacientes sobreviventes
4. Controle de sintomas: dispneia oncológica
5. Controle de sintomas: náuseas e vômitos
6. Controle de sintomas: caquexia
7. Controle de sintomas: fadiga oncológica
8. Controle de sintomas: constipação e diarreia
9. Controle de sintomas: obstrução intestinal maligna
10. Controle de sintomas: xerostomia
11. Manejo do fim de vida do paciente oncológico
12. Sedação paliativa
13. Considerações éticas e bioéticas no contexto do fim da vida
14. Documentação e declaração de óbito

Capítulo 1

Introdução e conceitos

1 – INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são uma abordagem de cuidados de saúde centrados nos indivíduos que compõem uma unidade de cuidado: paciente, família e cuidador. Essa abordagem se concentra no gerenciamento ideal de sintomas angustiantes, enquanto incorpora cuidados psicossociais e espirituais de acordo com necessidades, valores, crenças e culturas do paciente, da família e do cuidador.

Os objetivos dos CP são antecipar, prevenir e reduzir o sofrimento, promover enfrentamento adaptativo e apoiar a melhor qualidade de vida possível para os pacientes, os familiares e os cuidadores, independentemente do estágio da doença ou da necessidade de outras terapias. Essa abordagem pode começar no diagnóstico, concomitantemente com terapias direcionadas à doença e que prolongam a vida, facilitando a autonomia do paciente, o acesso à informação e a escolha.

Os CP tornam-se o foco principal do cuidado quando as terapias direcionadas à doença e que prolongam a vida não são mais eficazes, apropriadas ou desejadas. Os cuidados paliativos básicos devem ser fornecidos pela equipe assistente primária de Oncologia e aumentados conforme for necessário pela colaboração de uma equipe interprofissional de especialistas em cuidados paliativos, que integra profissionais de diversas especialidades (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Odontologia, Nutrição, assistente espiritual etc.)^{1,2}.

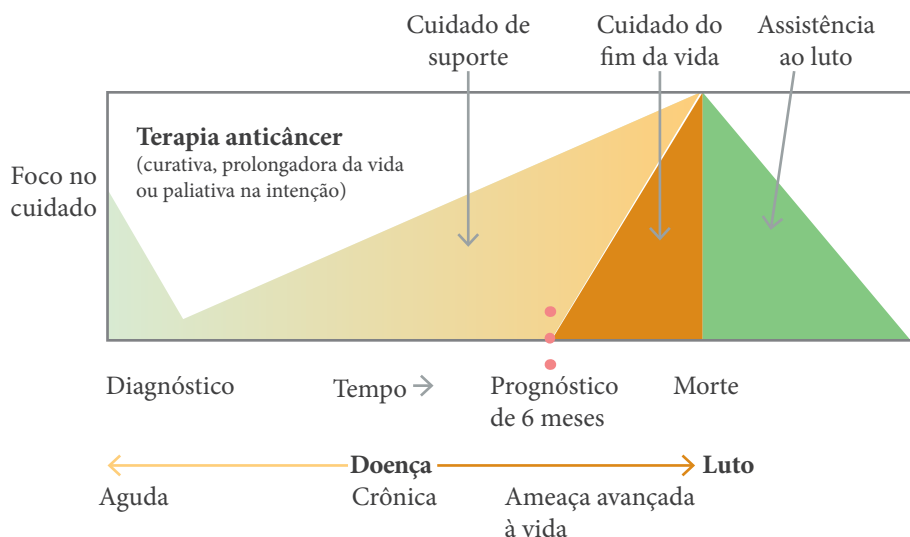
Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)³:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, de avaliação impecável e de tratamento de dor e de demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Entre alguns de seus princípios fundamentais, os CP incluem valorizar a obtenção de um nível ótimo de administração da dor e de outros sintomas, utilizando-se da melhor evidência científica disponível, garantindo que os doentes tenham acesso imediato a todas as medidas medicamentosas ou não, necessárias para o controle adequado de seus sintomas. Também inclui afirmar a vida e entender a morte como uma dimensão esperada do processo de viver, devendo incluir medidas que assegurem aos pacientes os meios que os capacitem a viver da forma mais ativa, produtiva e plena possível durante todo o curso da doença. Outro princípio é não apressar nem postergar a morte⁴.

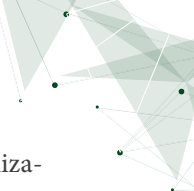
A Medicina Paliativa é uma especialidade reconhecida em muitos países, tendo uma base de evidência crescente para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente oncológico. No entanto, um dos principais obstáculos ao encaminhamento precoce advém do conceito errôneo e antigo de que os cuidados paliativos somente podem ser ofertados no final da vida e uma vez que tenham se esgotado todas as opções de tratamento. Esse modelo dicotômico foi substituído pelo modelo integrado, como mostrado na figura 1⁵.

Figura 1. Integração dos cuidados paliativos na trajetória do tratamento oncológico^{5,6}



Em congruência com a recomendação da OMS, tanto a American Society of Clinical Oncology (ASCO)⁷ quanto a European Society of Medical Oncology (ESMO)⁸, entre outras entidades no mundo todo, favorecem a integração cada vez mais precoce de CP ou cuidado de suporte durante a trajetória da doença oncológica. A ASCO⁷ recomenda cuidados paliativos para todos os pacientes com câncer avançado, no cenário hospitalar ou ambulatorial, feitos por uma equipe interdisciplinar, concomitante ao atendimento oncológico, iniciando até oito semanas depois do diagnóstico. Essa integração, de forma precoce, entre tratamento oncológico e cuidados paliativos, é fundamental e já foi firmemente estabelecida na literatura por um número crescente de estudos randomizados e controlados.

A maioria das evidências sugere uma qualidade de vida igual ou melhor ao paciente e seus familiares e menos sintomas físicos e emocionais, além de



permitir um uso mais sustentável dos recursos em saúde, com menos utilização de tratamentos agressivos na fase final de vida. Em alguns desses grandes estudos randomizados, o início precoce do cuidado paliativo ambulatorial evidenciou também melhorar a sobrevida global (SG) e nenhum estudo identificou qualquer dano⁹⁻¹¹. Vale destacar que o primeiro estudo a mostrar esse impacto do acompanhamento precoce de uma equipe de CP concomitante com a equipe de Oncologia na melhoria da SG, além da melhoria da qualidade de vida, foi a consagrada publicação de Temel *et al*, com pacientes de câncer de pulmão de não pequenas células metastático em 2010, cujo o grupo de CP precoce apresentou sobrevida mediana superior àquele que recebeu somente cuidado oncológico usual (11,6 *versus* 8,9 meses; $p=0,02$)¹².

Mesmo com toda literatura evidenciando seus benefícios, infelizmente a oferta de CP está aquém do necessário no mundo todo, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. Nesse sentido, agentes públicos e privados, entidades governamentais e não governamentais de todas as nações devem estabelecer um esforço para realizar ações que permitam o acesso precoce e abrangente aos CP. No Brasil, a prática de CP teve início na década de 1980, com a formação de serviços em grandes centros hospitalares, e aumentou intensamente a partir dos anos 2000.

Entre as poucas normas que mencionam os CP, estão a portaria 741, de 19 de dezembro de 2005¹³ e sua atualização – a portaria 140, de 27 de fevereiro de 2014¹⁴. A primeira define e a segunda atualiza os critérios para atuação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Ambos os documentos defendem a obrigatoriedade da oferta de Cuidados Paliativos para que um centro seja credenciado como Cacon, porém não especificam critérios para funcionamento ou regulamentação. Há somente uma menção, na portaria de 2005, de que “os cuidados paliativos deverão obedecer às regulamentações específicas do Ministério da Saúde para a área”.

Houve, porém, avanços recentes relacionados ao SUS, como a resolução 41¹⁵, publicada no *Diário Oficial da União* em 23 de novembro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP no âmbito do SUS. Ela estabelece que os CP deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). A resolução, em vigor desde a data de sua publicação, define também que os CP devem ser ofertados em qualquer ponto da RAS, notadamente, na atenção básica, na atenção domiciliar, na atenção ambulatorial, na urgência e emergência e na atenção hospitalar, e que os especialistas em CP atuantes na RAS poderão ser referência e potenciais matriciadores dos demais serviços da rede, podendo isso ser feito *in loco* ou por tecnologias de comunicação à distância.

2 – CUIDADO DE SUPORTE

Embora existam grandes variações entre as definições de cuidados de suporte, que muitas vezes são vistos como sinônimos de cuidados paliativos, todas elas incluem elementos de gerenciamento de sintomas e melhoria da qualidade de vida para pacientes com câncer em tratamento e aqueles com doenças avançadas. Há, ainda, algumas divergências entre os autores e especialistas em relação ao uso do termo. Alguns argumentam que o uso de cuidados de suporte para descrever um programa de cuidados paliativos seja eufemístico, porém outros acreditam que seja apropriado, particularmente quando um programa de CP expande seus serviços para pacientes com doenças curáveis¹⁶.

Entre as muitas definições existentes do termo cuidados de suporte ou cuidados suportivos, essa foi citada por Hui¹⁶ como uma das mais abrangentes: “cuidados ofertados ao paciente com câncer e seus familiares para atender as suas necessidades informacional, emocional, espiritual, social e física durante as fases de diagnóstico, tratamento e seguimento da doença. Envolve prevenção e promoção à saúde, *survivorship*, cuidado paliativo e luto”. Engloba, portanto, inúmeras intervenções ofertadas por diferentes profissionais para atender a necessidades multidimensionais do doente oncológico¹⁶.

Dessa forma, como já descrito nesse capítulo na definição de cuidados paliativos, nota-se que os CP configuram-se como o modelo ideal de cuidados de suporte para a população de pacientes com câncer avançado devido aos inúmeros benefícios comprovados, resultantes da atuação de uma equipe transdisciplinar alinhada, evitando a fragmentação do cuidado que poderia ocorrer se o paciente fosse encaminhado, separadamente, para diferentes disciplinas.

3 – CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Dado que quase todos os pacientes com câncer atendidos pela equipe de cuidados paliativos são referidos por oncologistas, esses profissionais têm um papel fundamental na decisão sobre a necessidade e o tempo adequado de referência. Muitos pacientes oncológicos são encaminhados tardiamente para a avaliação de equipes especializadas em cuidados paliativos, sobretudo aqueles que mantêm boa funcionalidade mesmo portando doença avançada e de grande volume, o que dificulta o reconhecimento e o manejo precoce de sintomas físicos e/ou emocionais.

Os oncologistas devem ser educados em competências básicas de cuidados paliativos e, a cada consulta ambulatorial ou visita a um paciente internado, eles devem ser capazes de rastrear a presença de condições ou fatores que indiquem a necessidade de uma avaliação ampla em CP por uma equipe especializada. Ainda não há um consenso universal na literatura sobre os indicadores

específicos para o encaminhamento à equipe de CP. Uma revisão sistemática apontou¹⁷ um consenso geral de que o diagnóstico de câncer, o prognóstico, os sintomas físicos, o status de performance, o sofrimento psicossocial e as necessidades de planejamento de cuidados de fim de vida devem ser considerados quando os candidatos apropriados estão sendo identificados¹⁷. Nas diretrizes da ASCO e da NCCN, são sugeridos alguns critérios sentinelas para uma avaliação ampla de CP e encaminhamento à equipe especialista de CP.

Critérios da ASCO⁷

- Para pacientes recém-diagnosticados com câncer avançado*, é recomendado o envolvimento precoce de cuidados paliativos dentro de oito semanas após o diagnóstico.
- Pacientes com alta carga de sintomas e/ou necessidades físicas ou psicossociais não atendidas.

* Pacientes com câncer avançado são definidos como aqueles com metástases à distância, com doença em estágio avançado (estádio IV), câncer que limita a vida e/ou com prognóstico de seis a 24 meses

Critérios da ASCO⁷

- Sintomas físicos ou emocionais não controlados;
- Estresse moderado a severo relacionado ao diagnóstico e/ou ao tratamento do câncer;
- Presença de condições de comorbidades físicas, psiquiátricas ou psicossociais graves;
- Neoplasias sólidas metastáticas ou hematológicas refratárias com alta mortalidade e morbidade, incluindo todos os pacientes candidatos a transplante de medula;
- Doença potencialmente ameaçadora da vida;
- Preocupação do paciente e/ou familiares em relação ao curso da doença e à tomada de decisão;
- Compreensão prognóstica inadequada;
- Solicitação de CP pelo paciente e/ou familiares;
- Solicitação pelo paciente de abreviação da vida;
- Evidências de prognóstico reservado, incluindo: status de performance ruim (ECOG ≥ 3 ou Karnofsky $\leq 50\%$), hipercalcemia persistente, metástases cerebrais ou meníngeas, *delirium*, obstrução intestinal maligna, síndrome de veia cava superior, caquexia, efusões pleurais e necessidade de *stent* paliativo ou gastrostomia descompressiva.

Indicadores para interconsulta com equipe especializada de CP²

- Declínio funcional rapidamente progressivo ou status de performance persistentemente ruim;
- Alto risco de mau gerenciamento da dor ou dor que permanece resistente às intervenções convencionais;
- Alta carga de sintomas não dolorosos, especialmente aqueles resistentes ao tratamento convencional;
- Necessidade de esclarecimento de objetivos de cuidado;
- Condições comórbidas múltiplas e/ou graves;
- Preocupações sobre a capacidade de tomada de decisão;
- Resistência para se engajar no planejamento de cuidados antecipados;
- Necessidade de procedimentos invasivos (por exemplo, colocação de *stent* paliativo ou gastrostomia descompressiva);
- Visitas frequentes ao departamento de emergência ou internações hospitalares;
- Barreiras de comunicação (barreiras de idioma, cultural, físicas e cognitivas);
- Solicitação pelo paciente de abreviação da vida;
- Crise espiritual ou existencial;
- Desafios com a família ou cuidador;
- Alto risco de transtorno de luto complexo e persistente;
- Preocupações do paciente em relação ao bem-estar da família ou cuidador;
- Problemas complexos de coordenação de cuidados dentro e entre várias equipes de cuidados;
- Problemas com a equipe com resiliência comprometida, incluindo: conflito intraequipe ou interequipe, fadiga de compaixão, sofrimento moral e/ou questões éticas e *burnout*.

4 – AVALIAÇÃO E ESCALAS

No momento de uma avaliação em CP, deve-se levar em conta todos os aspectos e dimensões do indivíduo. Para auxiliar nesse processo, existe uma série de escalas e ferramentas objetivas validadas na literatura que facilitam a identificação e gradação de problemas clínicos do paciente oncológico. Entre

essas ferramentas, uma das mais utilizadas é a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (*Edmonton Symptom Assessment System – ESAS*), validada em populações oncológicas de diversas nacionalidades, inclusive no Brasil, sendo simples e objetiva e que permite a avaliação prática de sintomas físicos e psicológicos¹⁸.

Tabela 1. Aspectos básicos da avaliação em CP⁹

Sintomas físicos	Avaliação, caracterização e manejo da dor e de outros sintomas físicos, como dispneia, náuseas, insônia, constipação, diarreia e anorexia
Sintomas psicológicos e/ou psiquiátricos	Avaliação e manejo de problemas psicológicos e psiquiátricos, tais como depressão, ansiedade, <i>delirium</i> e capacidade de enfrentamento da doença
Aspecto socioeconômico	Avaliação socioeconômica interdisciplinar, inserindo esse aspecto no plano de cuidado e referenciando para serviços de apoio, quando necessário
Aspecto espiritual, religioso e existencial	Identificação e avaliação de questões espirituais importantes para o paciente e sua família, providenciando o suporte adequado para tal
Aspecto cultural	Identificação e avaliação das necessidades culturais específicas do paciente e de sua família, levando-as em consideração na construção do plano de cuidado
Compreensão da doença e preferências de cuidado	Esclarecimento objetivo sobre a doença, seu curso, prognóstico e opções de tratamento. Planejamento de um plano de cuidado baseado nas preferências e valores do paciente e de sua família. Discussão das diretivas antecipadas de vontade
Coordenação e continuidade do cuidado	Avaliação e organização do cuidado nos diferentes níveis de atenção (hospital, ambulatório, domicílio, <i>hospice</i> etc.)
Cuidados de fim de vida	Reconhecimento, avaliação e manejo clínico do fim de vida

Tabela 2. Escala de Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-Br)¹⁸

Esta é uma escala de avaliação de sintomas. Você responderá a 10 itens com respostas que variam de 0 (mínima intensidade) a 10 (máxima intensidade). Por favor, circule o número que melhor descreve seus sintomas nas últimas 24 horas												
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor
Sem cansaço (fraqueza)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço (fraqueza) possível
Sem náusea (enjoo)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea (enjoo) possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Melhor apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Melhor sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de mal-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
Melhor sono	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sono possível

A avaliação da funcionalidade, dos riscos de perda funcional e de dependência é de extrema importância, uma vez que a dependência funcional, além de estar bastante relacionada com a deterioração da qualidade de vida, também se correlaciona em muitos trabalhos com pior prognóstico e menor tempo de vida. Existem três instrumentos mais comumente utilizados para avaliação de status de performance de pacientes oncológicos: o Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), a Karnofsky Performance Scale (KPS) e/ou a Palliative Performance Scale (PPS). São todas ferramentas simples e amplamente difundidas, que fornecem informações sobre a funcionalidade do paciente oncológico, podendo também ser utilizadas como indicadores de prognóstico e sobrevida⁹.

Tabela 3. Escala de Funcionalidade de ECOG¹⁹

0	Totalmente ativo e capaz de continuar todo o desempenho anterior à doença sem restrição
1	Restrito para atividade física extenuante, porém capaz de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária
2	Completamente capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho. Fora do leito por mais de 50% do tempo de vigília
3	Capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira por mais de 50% do tempo de vigília
4	Completamente limitado. Não pode exercer nenhum autocuidado; restrito ao leito ou à cadeira
5	Morto

Tabela 4. Escala de Performance de Karnofsky²⁰

100%	Sem evidência de doença; sem sinais ou sintomas
90%	Mínimos sinais e sintomas; realiza suas atividades com algum esforço
80%	Alguns sinais ou sintomas maiores; realiza suas atividades com esforço
70%	Cuida de si mesmo, mas incapaz para o trabalho
60%	Necessita de assistência ocasional; ainda realiza a maioria de suas atividades
50%	Requer considerável assistência e cuidados médicos frequentes
40%	Necessita de cuidados médicos especiais
30%	Muito incapaz, indicada hospitalização apesar de morte não ser iminente
20%	Extremamente debilitado, requer medidas de suporte
10%	Moribundo, morte iminente

Tabela 5. Palliative Performance Scale (PPS), versão 2²¹

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para <i>hobbies</i> /trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência; ± confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência; ± confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência; ± confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Completo ou sonolência; ± confusão
0	Morte	–	–	–	–

5 – TERAPIAS INTEGRATIVAS E ONCOLOGIA INTEGRATIVA

As práticas integrativas surgem como recurso terapêutico coadjuvante no controle dos sintomas e dos efeitos colaterais da doença. A Oncologia Integrativa difere do conceito de Medicina alternativa, porém muitas vezes são nomenclaturas equivocadamente utilizadas como sinônimos. A necessidade de sintomas não atendidos, um desejo de abordagens de saúde holísticas ou até mesmo a busca pela cura podem estar entre as motivações que os pacientes têm para procurar a Medicina complementar e alternativa. O uso desse tipo de Medicina em detrimento do tratamento convencional do câncer pode ter um impacto negativo nos resultados clínicos e na sobrevida.

Já a Oncologia Integrativa é um campo de tratamento abrangente do câncer centrado no paciente e informado por evidências que usam práticas mente-corpo, produtos naturais e modificações no estilo de vida de diferentes tradições ao lado de tratamentos convencionais contra o câncer. Prioriza a segurança e as melhores evidências disponíveis para oferecer intervenções terapêuticas adequadas juntamente com os cuidados convencionais²².

Dessa forma, as equipes de CP podem considerar o encaminhamento dos pacientes para a utilização de práticas integrativas objetivando uma melhoria na qualidade de vida. Na literatura, existem algumas evidências focadas na população de pacientes com neoplasia mamária, em tratamento ou após. Em 2018, a ASCO endossou a diretriz da Society for Integrative Oncology (SIO)²³ para pacientes com neoplasias de mama durante e após o tratamento com algumas considerações.

Tabela 6. Resumo das recomendações das terapias integrativas em pacientes com neoplasia mamária, em tratamento ou após²³

Redução da ansiedade e do estresse
A meditação é recomendada para reduzir a ansiedade (grau A)
A musicoterapia é recomendada para reduzir a ansiedade (grau B)
A gestão do estresse é recomendada para reduzir a ansiedade durante o tratamento, mas programas de grupo mais longos são provavelmente melhores do que programas domiciliários autoadministrados ou programas mais curtos (grau B)
A ioga é recomendada para reduzir a ansiedade (grau B)
Acupuntura, massagem e relaxamento podem ser considerados para reduzir a ansiedade (grau C)
Náuseas e vômitos induzidos por quimioterápicos
A acupressão pode ser considerada como uma adição a medicamentos antieméticos para controlar náuseas e vômitos durante a quimioterapia (grau B)
A eletroacupuntura pode ser considerada como uma adição a medicamentos antieméticos para controlar o vômito durante a quimioterapia (grau B)

O gengibre e o relaxamento podem ser considerados como adições a medicamentos antieméticos para controlar náuseas e vômitos durante a quimioterapia (grau C)

A glutamina não deve ser recomendada para melhorar as náuseas e os vômitos durante a quimioterapia (grau D)

Ponto de discussão ASCO

As recomendações de grau B para acupressão e eletroacupuntura diferem da orientação antiemética da ASCO de 2017, que afirma que as provas continuam a ser insuficientes para uma recomendação a favor ou contra as terapias complementares para náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia. O painel de peritos da ASCO considera que o grau C seria mais apropriado, dadas as limitações das provas disponíveis

Fadiga

A hipnose e o ginseng podem ser considerados para melhorar a fadiga durante o tratamento (grau C)

A acupuntura e a ioga podem ser consideradas para melhorar a fadiga pós-tratamento (grau C)

Acetil-l-carnitina e guaraná não devem ser recomendados para melhorar a fadiga durante o tratamento (grau D)

Ponto de discussão ASCO

A segurança e a eficácia do ginseng podem variar consoante o tipo de ginseng, e os pacientes devem procurar orientação de um profissional de Saúde antes de utilizarem um suplemento dietético. Algumas preparações de ginseng podem ter propriedades estrogênicas. Os estudos de ginseng citados pela diretriz da SIO utilizaram ginseng americano (*Panax quinquefolius*), que foi testado quanto à qualidade e a potência. A duração do tratamento nesses estudos foi curta (oito semanas). A segurança e a eficácia do ginseng durante períodos mais longos permanecem incertas.

Qualidade de vida

A meditação é recomendada para melhorar a qualidade de vida (grau A)

A ioga é recomendada para melhorar a qualidade de vida (grau B)

Acupuntura, azevinho, qigong, reflexologia e gestão do estresse podem ser considerados para melhorar a qualidade de vida (grau C)

Ponto de discussão ASCO

Os ensaios com visco, citados pela diretriz da SIO, avaliaram apenas a entrega subcutânea. O visco subcutâneo não está atualmente aprovado pelo FDA. O visco por dispensação oral está disponível nos Estados Unidos, mas sabe-se que a ingestão de doses elevadas de bagas ou de folhas de visco provoca reações adversas graves



Fogachos
A acupuntura pode ser considerada para melhorar os fogachos (grau C)
A soja não é recomendada para afrontamentos em doentes com cancro da mama, devido à falta de efeito (grau D)
Dor
Acupuntura, toque curativo, hipnose e musicoterapia podem ser considerados para a gestão da dor (grau C)
Depressão e perturbação do humor
A meditação, particularmente a redução do estresse com base na atenção, é recomendada para tratar perturbações do humor e sintomas depressivos (grau A)
O relaxamento é recomendado para melhorar a perturbação do humor e os sintomas depressivos (grau A)
A ioga é recomendada para melhorar o humor e os sintomas depressivos (grau B)
A massagem é recomendada para melhorar a perturbação do humor (grau B)
A musicoterapia é recomendada para melhorar o humor (grau B)
A acupuntura, o toque curativo e a gestão do estresse podem ser considerados para melhorar a perturbação do humor e os sintomas depressivos (grau C)
Linfedema
A terapia com laser de baixo nível, a drenagem linfática manual e a ligadura por compressão podem ser consideradas para melhorar o linfedema (grau C)
Neuropatia
A acetil-l-carnitina não é recomendada para a prevenção de neuropatia periférica induzida por quimioterapia em doentes com cancro da mama, devido a potenciais danos (grau B)
Perturbação do sono
A ioga suave pode ser considerada para melhorar o sono (grau C)
Reação cutânea de radiação aguda
O aloé vera e o creme de ácido hialurônico não devem ser recomendados para melhorar a reação cutânea de radiação aguda (grau D)

REFERÊNCIAS

1. Seaman JB, Lakin JR, Anderson E et al. Interdisciplinary or interprofessional: why terminology in teamwork matters to hospice and palliative care? J Palliat Med. 2020;23(9):1157-8.
2. National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology Version 2.2021 Palliative Care [Internet] Acessado em: 11 abr 2021. Disponível em: <www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf>.
3. World Health Organization (WHO). Definition of palliative care; 2002. [Internet] Disponível em: <www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.

4. Carvalho RT. Cuidados paliativos – conceitos e princípios. In: Carvalho RT, Souza MRB, Franck EM et al. (eds.). Manual de Residência em Cuidados Paliativos. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole; 2018.
5. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016;13(3):159-71.
6. Roenn JH V, Temel JS. The integration of Palliative Care and Oncology: the evidence. *Oncology*. 2011;25(13):1258-60.
7. Ferrell BR, Temel JS, Temin S et al. Integration of palliative care into standard Oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2017;35(1):96-112.
8. Jordan K, Aapro M, Kaasa S et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol*. 2018;29(1):36-43.
9. Ferrián AM, Prado BL, Buzaid AC. MOC – cuidados de Suporte. Manual de Oncologia Clínica do Brasil. 2020. [Internet] Disponível em: <<https://mocbrasil.com>>.
10. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2015;33(13):1438-45.
11. Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN et al. Emergency department-initiated palliative care in advanced cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol*. 2016;2(5):591-8.
12. Temel JS, Greer Joseph A, Muzikansky A et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-42.
13. Ministério da Saúde. Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005. [Internet] Acessado em: 6 jun 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html>.
14. Ministério da Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 – Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em Oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet] Acessado em: 6 jun 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html>.
15. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018 – Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet] Acessado em: 6 jun 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html>.
16. Hui D. Definition of supportive care: does the semantic matter? *Curr Opin Oncol*. 2014;26(4):372-9.
17. Hui D, Meng Y, Bruera S et al. Referral criteria for outpatient palliative cancer care: a systematic review. *Oncologist*. 2016;21(7):895-901.
18. Paiva CE, Manfredini LL, Paiva BSR et al. The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. *PLoS One*. 2015;10(7):1-13.
19. Oken MM, Creech RH, Tormey DC et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. 1982 Dec;5(6):649-55.
20. Yates JW, Chalmer B, McKegney FP. Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. *Cancer*. 1980;45(8):2220-4.
21. Anderson F, Downing G, Hill J et al. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. 1996;12(1):5-11.
22. Latte-Naor S, Mao JJ. Putting integrative Oncology into practice: concepts and approaches. *J Oncol Pract*. 2019 Jan;15(1):7-14.
23. Lyman GH, Greenlee H, Bohlke K et al. Integrative therapies during and after breast cancer treatment: ASCO endorsement of the SIO clinical practice guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36:2647-55.

Capítulo 2 **Dor** **oncológica**

1 – INTRODUÇÃO

Segundo a nova definição da Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP), dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. Trata-se de uma experiência pessoal multidimensional e multifatorial complexa, que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, sensoriais, psicológicos, afetivos, cognitivos, existenciais, espirituais, comportamentais e socioculturais¹.

Em 1967, Cicely Saunders descreveu o sofrimento causado pela dor com uma visão ampla, complexa e multifatorial, por estar diretamente relacionada à experiência de vida do paciente e suas vivências, criando, assim, o conceito de dor total. Desde então, a avaliação e a abordagem da dor preconizada devem ser multidisciplinares, com o objetivo de alívio e de melhora da qualidade de vida, incluindo no plano de cuidados o núcleo no qual o paciente está inserido². A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o tratamento da dor é um direito de qualquer paciente e aponta a dor oncológica como emergência.

A dor é um sintoma frequente no paciente oncológico. Um terço dos pacientes com câncer apresenta dor no momento do diagnóstico. Mais de 50% sentem dor em algum momento da doença e esse número aumenta para quase 70% a 80% em casos de doença avançada. Aproximadamente 25% dos pacientes com câncer morrem com dor não controlada. O manejo adequado da dor melhora a qualidade de vida dos pacientes e está relacionado com o aumento da sobrevida e com a melhor tolerância ao tratamento oncológico, com consequente maior aderência a ele³. Com os avanços e as melhorias no tratamento oncológico e o surgimento de novas modalidades e alvos terapêuticos, vem crescendo o número de sobreviventes do câncer. Esses também podem apresentar o sintoma, sendo a prevalência de dores crônicas nessa população de aproximadamente 10%⁴⁻⁸.

A dor compromete a imunidade, altera a taxa metabólica corporal, aumenta os níveis séricos de catecolaminas e cortisol, desencadeia reações neurovegetativas próprios do estresse e compromete o sono, o apetite, o humor e a disposição, gerando hiperatividade motora (posturas antálgicas e dores miofasciais secundárias). Se não tratado e aliviado adequadamente, o estímulo doloroso mantido resulta em modificações anatômicas e fisiológicas nos sistemas nervosos periférico e central, sensibilizando e ampliando a resposta orgânica da dor, causando, além da sua cronificação, a progressão do sofrimento do indivíduo. Somando-se à ansiedade em torno do diagnóstico do câncer, de seu tratamento, da expectativa de vida e de prognóstico, das perdas materiais e das preocupações financeiras e, por fim, do medo da morte, aparecem sinais e sintomas como pânico, isolamento, depressão, hostilidade, sentimento de incapacidade e desesperança, instalando-se o comportamento doloroso. Esse está relacionado à maior propensão de uso de doses mais altas de medicamentos e maior dependência de estratégias químicas de enfrentamento^{9,10}.

Sendo assim, o cuidado centrado no paciente deve ser parte integrante do cuidado oncológico e a dor oncológica deve ser pesquisada, avaliada e cuidada, com uma abordagem multidisciplinar. Em 2016, a American Society of Clinical Oncology (ASCO) desenvolveu recomendações para a oferta de cuidados paliativos de qualidade, com o diagnóstico precoce e o manejo adequado dos sintomas, entre eles a dor, sendo os pacientes com os sintomas de difícil manejo encaminhados para uma equipe de cuidados paliativos, suporte psicossocial inicial e abordagem dos aspectos espirituais e culturais de forma ativa^{11,12}.

2 – BARREIRAS NO TRATAMENTO DA DOR

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 70% a 90% dos pacientes possam obter bom alívio da dor do câncer com protocolos simples de administração oral de analgésicos. Porém, apesar das evidências favoráveis de um adequado alívio da dor oncológica e de um aumento de consumo de morfina e metadona no Brasil, a dor do câncer é ainda subtratada em nosso país⁶.

O manejo inadequado da dor é de causa multifatorial. As barreiras incluem aspectos relacionadas aos pacientes, como medo do vício (até 76% dos pacientes), medo da tolerância aos efeitos dos analgésicos e dos seus efeitos colaterais, medo de que o aumento da dor indique progressão da doença (71%), crença de que a dor no câncer é inevitável ou que a queixa da dor desviará o tratamento do câncer por parte da equipe de saúde (46%)¹³. Os indivíduos podem, ainda, esconder a dor dos membros da família para evitar sobrecarregá-los. A dor pode ter valor espiritual, levando o paciente a aceitar o sintoma em vez de mascarar a experiência com a medicação¹⁴.

A questão envolve, ainda, aspectos educacionais dos profissionais da Saúde. A maioria desses profissionais não avalia os tipos de dor ou não utiliza instrumentos para a correta mensuração da intensidade da dor. O conhecimento geral dos médicos sobre os princípios do tratamento da dor do câncer varia de 25% a 30% a até 100% nos diferentes estudos, mostrando a heterogeneidade e a discrepância do ensino.

Veja esse conteúdo na íntegra
acessando a OC Academia:

<http://ocacademia.com>

