

ORGULHOSAMENTE APRESENTAMOS

CUIDADOS PALIATIVOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM JUIZ DE FORA

*Cartilha online para educação permanente de médicos e
demais profissionais da Estratégia de Saúde da Família*



Juiz de Fora - Minas Gerais

2026 - Versão 1.0

Mestranda - Vitória Dias Campos

Orientadora - Andreia Miranda de Aparecida Ramos

2025

Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora

Av. Brasil, 2001 – Centro, Juiz de Fora – MG, 36060-010

<https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/index.php>

PROFSAÚDE - Mestrado profissional em Saúde da Família

Prefeita da Cidade de Juiz de Fora

Maria Margarida Martins
Salomão

Secretário Municipal de Saúde de Juiz de Fora

Jonathan Ferreira Tomaz

Coordenadora do Programa de Educação Permanente em Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora

Dalilla Cintra Barbosa Fenton

Coordenação técnica

Andreia Miranda de Aparecida
Ramos

Elaboração

Vitória Dias Campos

Revisão Técnica

Vitória Dias Campos
Andreia Miranda de Aparecida
Ramos
Glenda de Almeida Aquino

Capa

Vitória Dias Campos

Projeto Gráfico e

Diagramação

Vitória Dias Campos

SUMÁRIO

<u>Capítulo I - Definição e História dos cuidados paliativos: breve resumo</u>	1
<u>Capítulo II - Ferramentas de identificação dos pacientes elegíveis à cuidados paliativos na APS</u>	2
<u>Capítulo III - Método Clínico Centrado na Pessoa: reconhecendo as prioridades</u>	6
<u>Capítulo IV - Cuidado à nível domiciliar</u>	8
<u>Capítulo V - Mecanismos de morte: direcionando os cuidados</u>	10
<u>Capítulo VI - Comunicação de notícias difíceis: como contornar os obstáculos</u>	12
<u>Capítulo VII - Testamento vital e Diretivas antecipadas de vontade</u>	16
<u>Capítulo VIII - Abordagem do luto</u>	19
<u>Capítulo IX - Legislação</u>	22
<u>Capítulo X - Controle dos principais sintomas em cuidados paliativos na APS</u>	24
X. I. Dor	25
X. II. Náusea/vômito	29
X. III. Tosse	32
X. IV. Cuidados com úlceras de pressão	34
X. V. Dispneia	37
X. V. Anorexia	41
<u>Capítulo XI - Medicamentos disponíveis no SUS e local de retirada</u>	43
<u>Capítulo XII - Receituários B1 e A1</u>	45
<u>Capítulo XIII - Fluxo da Rede de Atenção à Saúde para os cuidados paliativos em Juiz de Fora</u>	47
<u>Capítulo XIV - Contato para dúvidas</u>	49
<u>Referências</u>	50

AGRADECIMENTO

Deixo aqui meu agradecimento aos meus colegas de mestrado, pela companhia nesta jornada.

CAPÍTULO I

Definição e história dos cuidados paliativos: um breve resumo

Cuidados paliativos (CP) não são somente para quem está morrendo e também não é sinônimo de “não tem mais o que fazer”.

São uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças graves ou ameaçadoras à vida até o seu último dia. Seu foco está no alívio do sofrimento, seja ele físico, emocional, social ou espiritual, promovendo conforto e dignidade. Os CP não buscam acelerar ou adiar a morte, mas sim oferecer suporte para lidar com os desafios associados especialmente a doenças incuráveis ou crônicas desde o momento do diagnóstico.

Este tipo de abordagem surgiu a partir de um movimento organizado no século XX e tem como protagonista a Dame Cicely Saunders (1918-2005), enfermeira, assistente social e médica britânica, considerada a fundadora do movimento moderno dos CP, motivada pelo envolvimento profundo com pacientes em fase de fim de vida e pela falta de atenção ao sofrimento deles.

Saunders, enquanto pesquisadora, também introduziu o conceito de "dor total", reconhecendo que o sofrimento de um paciente vai além do físico e inclui aspectos psicológicos, sociais e espirituais, além de ter sido responsável pela fundação do primeiro *hospice* (centro especializado em CP).



Cicely Saunders

"O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida" - Cicely Saunders

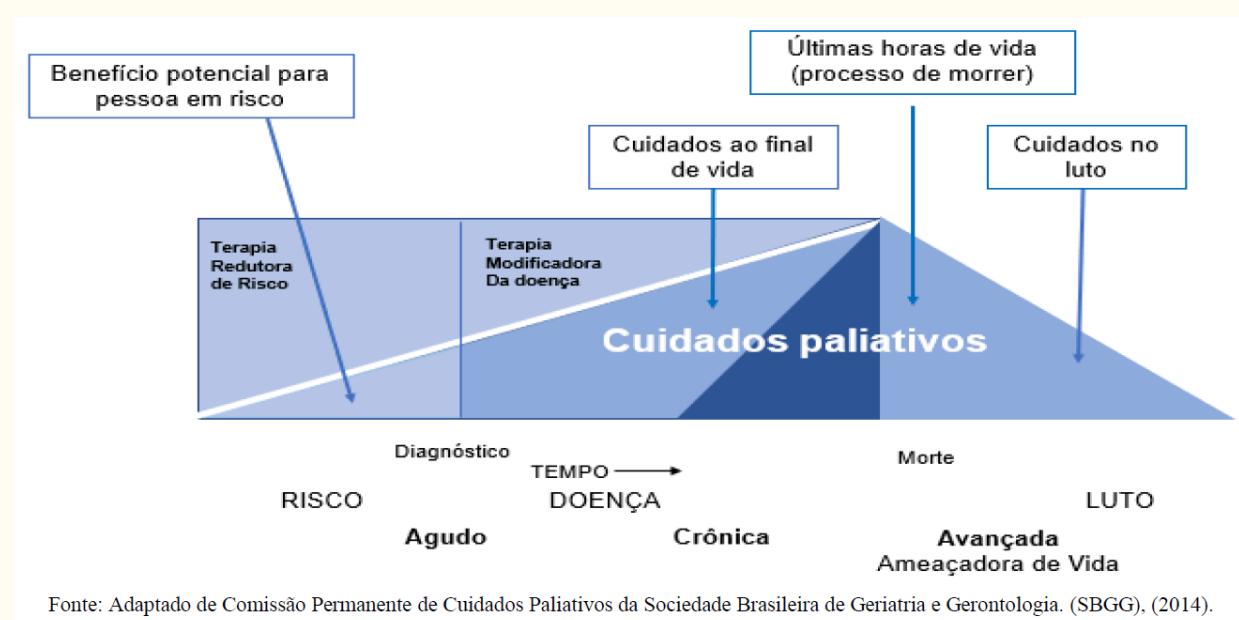
CAPÍTULO II

Ferramentas de identificação dos pacientes elegíveis à cuidados paliativos na APS

Cerca de 40 milhões de pessoas por ano precisam de CP e a Atenção Primária a Saúde (APS) é considerada o melhor cenário para este tipo de abordagem pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Mas afinal, onde estão essas pessoas?

Primeiramente, o que NÃO são CP: abandono, distanásia, eutanásia e limitação de suporte. Então as frases similares a “é só esperar morrer”, “é só dar conforto” e “não tem mais o que fazer”, além de antiéticas podem ser consideradas criminosas (Constituição Federal 1988, art. 1º, III; Resolução CFM nº 2.217/2018).

CP é a assistência para pessoas com doenças ameaçadoras à continuidade da vida, buscando qualidade de vida para elas, sua família e cuidadores. Deve se dar inicio no diagnóstico da doença grave e incurável, com menor nível de suporte e junto com terapia curativa, com tendência a aumentar a necessidade com a evolução da enfermidade e proximidade do fim da vida, além do luto.



CAPÍTULO II

E para a identificação da pessoa elegível a algum nível de suporte de CP algumas ferramentas podem e devem ser utilizadas. Portanto, quando houver:

Casos de doenças graves e incuráveis, ameaçadoras à continuidade da vida, considere a aplicação do(a):

SPICT-BR

O SPICT™ (*Supportive & Palliative Care Indicators Tool*) é uma ferramenta clínica de triagem utilizada para identificar precocemente adultos e idosos com saúde em declínio devido a doenças graves que podem se beneficiar de CP e do planejamento antecipado do cuidado, visando a melhor qualidade de vida possível.

Se o paciente tiver ao menos 1 critério da seção 1 + 1 critério da seção 2, este é candidato para avaliação mais aprofundada de CP.

[Link para o SPICIT-BR](#)



PERGUNTA SURPRESA

É uma ferramenta simples, rápida e altamente sensível, especialmente considerando a experiência do profissional. É uma pergunta reflexiva em que se a resposta for positiva, o prognóstico é mais favorável e se negativa, deve ser interpretada como um alerta para potencial de suporte de CP.

“Eu me surpreenderia se esse paciente morresse em um ano ou nesta internação?”

CAPÍTULO II

ESCALAS DE FUNCIONALIDADE

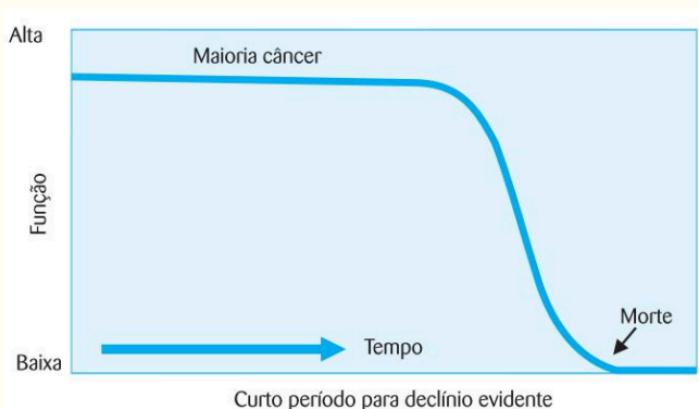
São bastante utilizadas especialmente em pacientes com doenças crônicas, progressivas ou em fase avançada. Elas ajudam a avaliar o nível de dependência e progressão do declínio funcional, que quando declina de forma contínua e irreversível pode indicar o direcionamento para a fase final da vida.

[Link para as escalas de funcionalidade](#)



HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

Na avaliação do paciente o próprio diagnóstico já pode predizer algumas informações sobre as evoluções das doenças e essa trajetória pode se dividir em 3 categorias de progressão: oncológica, crônica e neurodegenerativa/fragilidade. A identificação do momento em que o paciente se encontra nesta linha do tempo ajuda no entendimento do nível de suporte dos cuidados paliativos.

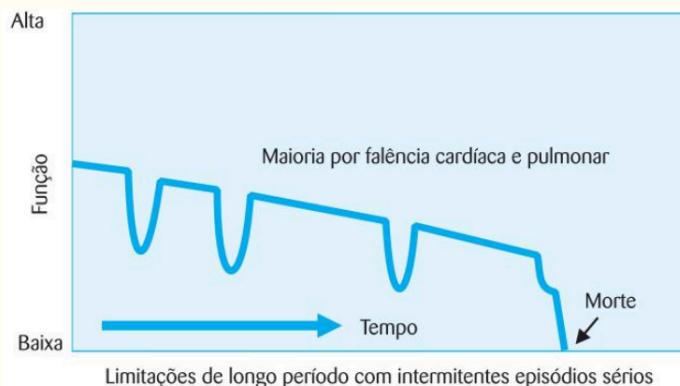


Na doença oncológica, por exemplo, inicialmente costuma ser instituído um tratamento predominantemente curativo que traz estabilidade por um certo tempo até a progressão definitiva com perda importante de funcionalidade.

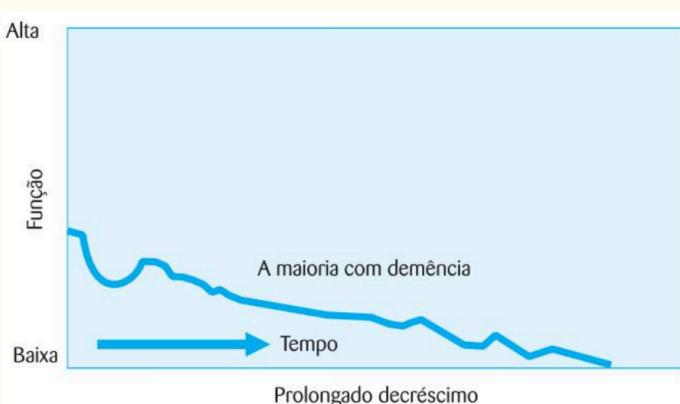
Fonte: [Santos, 2023](#)

Já na doença crônica, especialmente as renais, cardiopulmonares e hepáticas (como doença renal crônica, doença pulmonar obstrutiva

CAPÍTULO II



crônica, insuficiência cardíaca e cirrose), a perda de funcionalidade se declina de forma progressiva a partir de momentos de instabilidade (como internações e eventos agudos).



Enquanto nas doenças neurodegenerativas/fragilidade (como demências, Parkinson, sequelas de acidentes vasculares encefálicos) a evolução é lenta e progressiva até a morte.

Fonte: Santos, 2023

AUMENTO DE COMPLEXIDADE E BOUNCE-BACK

O aumento de complexidade dos cuidados, controle de sintomas e exames laboratoriais pode sugerir uma progressão da doença e proximidade do fim da vida.

É comum, inclusive, este paciente ter histórico de múltiplas idas ao pronto atendimento pelo mesmo motivo (dor, sintomas respiratórios e outros de difícil controle).

"As pessoas morrem como viveram. Se nunca viveram com sentido, dificilmente terão a chance de viver a morte com sentido" – Arantes, ACQ

CAPÍTULO III

Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP): reconhecendo as prioridades

Tradicionalmente, a prática médica se desenvolveu com grande competência no campo biológico. No entanto, esse olhar técnico muitas vezes deixa em segundo plano outro aspecto essencial: a vida da pessoa que adoece. É comum que se conheça em detalhes o funcionamento de um órgão comprometido, mas se ignore os sentimentos, medos, projetos e valores que envolvem aquele paciente. A doença sempre atinge alguém com história, personalidade, família e vínculos sociais, e por isso precisa ser entendida dentro dessa singularidade.

Nos CP, essa perspectiva ganha ainda mais relevância. Nessa etapa, os objetivos terapêuticos podem se tornar incertos, contraditórios ou até conflituosos. Recaídas, dores persistentes, efeitos colaterais e dúvidas intensificam o sofrimento, e muitas vezes o tratamento da doença pode trazer mais prejuízos do que benefícios. Portanto, a autonomia da pessoa deve se tornar o centro das decisões, é ela a especialista nela mesma, e isso acaba exigindo que equipe, paciente e família tenham clareza sobre o curso da doença e sobre o que realmente é possível alcançar sem sacrificar qualidade de vida da pessoa a ser cuidada.

Além disso, é importante lembrar que a forma como cada pessoa percebe sua condição de saúde é única, variando conforme sua história e sua visão de mundo. Perguntas simples, como “o que te preocupa neste momento?” ou “do que você tem medo?”, podem abrir espaço para uma compreensão mais profunda do que significa estar doente para aquele indivíduo. Cada pessoa adoece e vive à sua maneira, e reconhecer isso é essencial para oferecer cuidado com sentido.

CAPÍTULO III

A enfermidade não limita apenas órgãos ou sistemas, mas repercute diretamente na capacidade de alguém realizar seus planos, sonhos e atividades que dão significado e propósito à vida. Por isso, o método clínico centrado na pessoa propõe que o ponto de partida do cuidado seja a própria experiência do paciente.

Um recurso útil é o modelo **SIFE**, que ajuda a explorar **Sentimentos** relacionados à doença (como medos e ansiedades), **Ideias** sobre o que está acontecendo, **Funcionamento** no cotidiano e **Expectativas** em relação ao tratamento e à equipe de saúde.

Cuidar, nesse sentido, significa enxergar a pessoa para além do diagnóstico: compreender como ela conduz sua vida, quais são suas prioridades e qual é a sua narrativa. Quando a equipe parte apenas de seus próprios referenciais (de filosofia de vida, percepção de qualidade de vida, fé e valores pessoais), corre o risco de oferecer cuidados que não dialogam com os valores do paciente.

O método clínico centrado na pessoa reforça que o protagonista do processo é o paciente — e não o profissional — e que o cuidado ganha potência quando é construído em conjunto, respeitando desejos, limites e escolhas de quem está vivendo a experiência da doença.

Nos CP isso se torna ainda mais evidente, especialmente quando partimos do nosso referencial profissional de que o objetivo deveria ser a cura, enquanto, muitas vezes, será mais adequado pensar: “como eu posso ajudar essa pessoa a viver bem do jeito dela até o seu último dia?” ou “como eu posso fazer com que essa pessoa viva e morra com dignidade?

“Quando a gente acha que tem todas as respostas, vem a vida e muda todas as perguntas” – Veríssimo, LF

CAPÍTULO IV

Cuidado à nível domiciliar

O cuidado em nível domiciliar representa uma possibilidade de grande impacto na trajetória de vida do paciente e de sua família, especialmente quando se leva em conta os valores da pessoa a ser cuidada, o planejamento da fase final da vida e a forma como os familiares irão lidar com o processo de luto. Nesse contexto, as palavras do profissional de saúde ganham um peso enorme. Promessas como “tudo vai ficar bem” devem ser evitadas, pois ninguém pode garantir esse desfecho. Mais adequado é oferecer presença e acolhimento, dizendo, por exemplo: “imagino que você está passando por um momento difícil e estou aqui para te atender sempre que quiser conversar e compartilhar”.

A atuação da equipe em domicílio deve ter como foco tratar sintomas físicos, atender necessidades emocionais e sociais, garantir comunicação clara e constante, pactuar os cuidados de forma compartilhada e significativa, além de dar espaço para que paciente e familiares expressem sentimentos e preocupações. É também responsabilidade da equipe assegurar a continuidade da assistência, respeitar a autonomia e os valores individuais.

Diversos fatores influenciam a decisão e a viabilidade do cuidado domiciliar no fim da vida. Entre os pacientes que podem ser elegíveis para este tipo de acompanhamento, destacam-se aqueles com doenças crônicas que dificultam a locomoção; pessoas com doenças agudas, mas clinicamente estáveis, que necessitam concluir tratamento (como antibioticoterapia ou controle de anticoagulação); indivíduos que necessitam de reabilitação após eventos como acidente vascular encefálico, traumas ou perda funcional pós-internação; além, é claro, de pacientes em cuidados paliativos.

CAPÍTULO IV

O atendimento realizado em casa mantém os mesmos pilares de qualquer consulta clínica — anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas, prognóstico e plano terapêutico — mas inclui algumas especificidades. Entre elas estão a avaliação e manejo de lesões por pressão, a orientação à distância diante de intercorrências, a constatação de óbito no domicílio, as reuniões familiares, a organização de questões práticas (como documentação), além de visitas em momentos-chave: a visita pré-óbito, que prepara a família para a proximidade do fim da vida, e a visita pós-óbito, voltada ao apoio nos primeiros dias ou semanas após a perda.

Também fazem parte do cuidado domiciliar procedimentos técnicos (como manejo de ostomias, sondagens e acessos), bem como a capacitação dos cuidadores para tarefas do dia a dia: higienização, troca de bolsas coletoras e curativos, banho no leito, administração de medicamentos e reconhecimento de sinais de alerta. Essa preparação contribui para reduzir inseguranças e promove maior autonomia e segurança no cuidado prestado pela família.

Assim, o cuidado domiciliar não se limita a transpor o atendimento do hospital para a casa. Ele envolve um olhar integral, que valoriza o contexto de vida, acolhe o sofrimento e busca manter a dignidade da pessoa até o fim, sem perder de vista o apoio aos familiares que também atravessam esse processo.

Escala para classificação de risco e vulnerabilidade de pacientes domiciliados



Minhas habilidades estão a favor de quem?

CAPÍTULO V

Mecanismos de morte: direcionando os cuidados

Assim como o médico do trabalho tenta prever a forma de adoecimento e de possível morte dos trabalhadores em seu local de trabalho, o médico paliativista tenta prever o mecanismo de morte dos pacientes com doenças graves e incuráveis para entender qual o melhor direcionamento dos cuidados e o que faz sentido tratar ou não.

É relativamente comum o estigma de que se a pessoa está em CP, obrigatoriamente ela não tem indicação de antibioticoterapia, hemotransfusão, quimioterapia, cirurgia e outros tratamentos considerados curativos, mas essa obrigatoriedade não é real.

Entendemos no Capítulo 2 que os CP se iniciam no diagnóstico da doença grave e incurável, juntamente com o tratamento curativo, com tendência de iniciar com pouco nível de suporte e aumentar ao longo da progressão da doença e da terminalidade da vida.

Portanto, o que de fato determina a aplicação de qualquer tipo de tratamento é o quanto de benefício este terá na qualidade de vida da pessoa - e não somente na doença. Além disso, para pessoas próximas do fim da vida, deve-se pensar no impacto que isso terá no direcionamento do mecanismo de morte. Vejamos os exemplos:

Antônio, 67 anos, tem câncer de cabeça e pescoço com invasão de carótida e compressão de traqueia. A equipe multiprofissional imagina que os principais mecanismos de morte serão choque hemorrágico ou insuficiência respiratória. Qual o mecanismo de morte que trará menos sofrimento para este caso?

- Entenda que o tratamento de uma coisa, pode direcionar o caminho para outro sentido, então, se eu tratar a causa considerada com menos sofrimento, estarei aumentando a chance de morrer com mais sofrimento?
- É possível que este paciente tenha uma anemia importante. Com a anemia estando assintomática, considerar um tratamento para esta anemia vai mudar o prognóstico?
- Como posso auxiliar nesta fase final de vida, pensando na VIDA desta pessoa?

CAPÍTULO V

Neide, 80 anos, tem doença de Alzheimer há 5 anos, atualmente em fase avançada da doença (FAST 7d), é cuidada pelo filho e esposo e faz uso de fraldas geriátricas. Apresenta sintomas sugestivos de infecção de urina há 1 semana (febre, disúria, polaciúria, alteração de odor da urina). Foi coletada urocultura, com identificação de bactéria gram negativa sensível apenas a medicações endovenosas. Esta infecção deve ser tratada? Em qual ambiente deve ser feito o tratamento? Você internaria essa paciente caso evoluísse para sepse?

- Antes de pensar no tratamento, pense no benefício que essa paciente poderia ter. Com a antibioticoterapia ela teria controle de sintomas, com melhora da qualidade de vida, mas este controle também poderia ser alcançado com uso de medicações sintomáticas (antitérmicos, analgésicos simples, etc).
- A qual(is) risco(s) essa paciente poderia estar sendo exposta caso fosse internada para este tratamento? A internação melhoraria ou pioraria a qualidade de vida dela? Qual a chance dela receber alta, em boas condições, após esta possível internação?
- É possível fazer este tratamento a nível domiciliar com algum suporte da rede, como o programa Melhora em Casa?
- Por fim, quais são os principais mecanismos de morte para a comorbidade e contexto da paciente? Caso a sepse seja tratada com antibioticoterapia, eu estaria melhorando a vida dela ou seria distanásia? Caso a sepse seja tratada com antibioticoterapia, eu estaria aumentando a chance dela morrer de outra causa possivelmente mais sofrida?

Existe uma linha muito tênue entre cuidados paliativos (ortotanásia) e distanásia e o que diferencia uma abordagem da outra é: eu estou prolongando a vida boa ou o sofrimento do meu paciente? Com este manejo que estou propondo, estou melhorando a vida dele ou só tratando a doença?

Lembre-se de que é mais fácil “tratar um exame” do que uma pessoa, por isso a individualização de cada caso é importante. Para uma pessoa X pode ser que faça sentido uma vida com hemodiálise e internações, mas pode ser que para pessoa Y, viver dessa forma seja sinônimo de sofrimento. Por isso é importante saber o que prescrever, quando prescrever, qual o benefício real para o caso e para a melhora da vida e também quando desprescrever. Se não há benefício real para viver bem agora, qual o sentido de medicalizar?

A vida boa é necessariamente a vida que dura mais tempo?

CAPÍTULO VI

Comunicação de notícias difíceis: como contornar os obstáculos

No processo de morte e no diagnóstico de alguma doença grave ou incurável, ameaçadora à continuidade da vida, a necessidade de conversas difíceis se tornam realidade e muitas vezes desafiadoras. Tal desafio, somado aos estigmas em relação a morte, costumam gerar ansiedade e receio em muitos profissionais de saúde, além de distanciar o verdadeiro objetivo dos cuidados paliativos: viver bem até o último dia de vida, da melhor forma possível.

Para tanto, o treinamento de algumas habilidades podem ser utilizadas por todas as categorias profissionais, especialmente aquele com maior vínculo com o paciente e família.

SPIKES

O protocolo SPIKES divide a comunicação de más notícias em 6 etapas (uma para cada letra da sigla), no entanto, esse tipo de conversa pode muitas vezes se desenrolar de forma imprevisível e fora deste “roteiro”. Dessa forma, como sugestão, entenda as etapas do SPIKES como elementos que seriam desejáveis em uma conversa difícil, que não necessariamente precisam ocorrer nesta ordem, mas que servem como um direcionamento.

S <i>(set up)</i>	Preparar o cenário: Perguntar se deseja acompanhante, informar a importância da conversa, que será uma conversa difícil
P <i>(perception)</i>	Avaliar o entendimento sobre o assunto: “Sinto muito encontrá-los pela primeira vez em uma situação tão difícil. Quanto foi dito a você sobre o que ocorreu hoje com a ...?” “Eu imagino que seja uma situação delicada para você, mas poderia me contar o que você entende que tem acontecido com seu ...?”

CAPÍTULO VI

I (invitation)	Convite para a conversa: "Infelizmente trago más notícias. Poderíamos falar sobre isso agora? Estou muito preocupado com gravidez da sua mãe, temo que ela possa ficar muito mal ou até mesmo morrer nessa internação" "Precisamos trabalhar juntos e rapidamente para tomar as melhores decisões para o cuidado dela"
K (knowledge)	Conhecer o paciente para definição do tratamento: "Para decidir que tratamentos podem trazer maior benefício para sua mãe, preciso saber mais sobre ela. Que tipo de atividades ela fazia no dia a dia antes de ficar doente?" "Se ela tiver pouco tempo, o que seria mais importante pra ela?"
E (emotions)	Acolher as emoções verbais e não verbais – momento do toque, do silêncio. "Estou sentindo o senhor incomodado, gostaria de falar sobre isso?" "Sinto muito, eu gostaria que fosse diferente"
S (sumarize)	Revisar o entendimento da conversa: "O que eu compreendi da conversa foi.... é isso mesmo?"

Fonte: do autor

MELHOR X PIOR CENÁRIO

Ainda, uma estratégia que pode ser utilizada como um recurso para direcionamento da conversa seria a descrição do melhor e pior cenário, de forma que a pessoa a receber a notícia entenda a gravidade da situação e também como pode se desenrolar o desfecho, para que sejam elaborados planos terapêuticos e também preparo psicológico para a equipe, paciente e família lidarem com a situação juntos. Veja o exemplo:

"Infelizmente a situação do seu familiar é grave. Então nesse momento importante da vida dele eu gostaria de entender alguns pontos que serão fundamentais para seguirmos com os cuidados, porque eu torço para que aconteça o melhor, mas caso o pior venha a acontecer eu gostaria que estivéssemos preparados para lidar com a situação da melhor forma para ele. Imagine que o melhor cenário seria X e o pior seria Y..."

CAPÍTULO VI

“LIGAR OS PONTOS”

Delinear uma linha de raciocínio, especialmente considerando a história natural da doença com declínio funcional, pode facilitar o entendimento do paciente e família sobre a progressão do quadro de saúde e a terminalidade da vida. Segue o exemplo:

“Você poderia me dizer como o Sr. era antes da doença?”
“E como você estava com a sua saúde no momento do diagnóstico?”
“No último ano, o que você percebeu que mudou?”
“O que você entende da situação atual?”
“O que você acredita que pode vir a acontecer nos próximos dias/meses?”

MUDANÇA DE ABORDAGEM DOS CUIDADOS

A mudança de abordagem de cuidados para os cuidados paliativos exclusivos, sem medidas curativas associadas, pode trazer a ideia de abandono para alguns. Para contrapor essa ideia errônea, deve-se sempre deixar claro que a pessoa está sendo cuidada, mas de uma forma diferente da anterior. Veja o exemplo:

“Maria, eu gostaria que a notícia de hoje fosse diferente, mas infelizmente esgotamos todas as possibilidades de tratamento que poderiam trazer a cura da doença da sua mãe ou retardar a evolução dela. Dessa forma, o que eu tenho para propor hoje é uma mudança nos cuidados, que agora vão ser diretamente relacionados com o fato de ela estar vivendo bem, com os sintomas controlados o máximo possível, até o último dia de vida dela. Então a partir de agora, a forma que ela vai estar vivendo vai ser a nossa maior prioridade”

ANTES X DEPOIS

Assim como nas estratégias anteriores, aqui o objetivo é tornar a realidade palpável e alinhar com as possíveis expectativas dos envolvidos, fazendo uma comparação de como a pessoa era antes da doença e como ela se encontra hoje. Segue o exemplo:

CAPÍTULO VI

“Eu posso imaginar o quanto está sendo difícil para você lidar com toda essa situação, com uma pessoa que você tanto ama. Gostaria, inclusive, que você pensasse nessa pessoa antes do adoecimento e no que ela entende como prioridade para viver bem, porque infelizmente, pelo que já foi sinalizado em outras conversas, essa pessoa que gostava de X e fazia Y, muito provavelmente não vai voltar para nós como ela era. A situação dela hoje é W e, entendendo as particularidades, características dela e forma de viver, eu gostaria de pensar juntos o que poderíamos fazer por ela agora.”

Como facilitar a abordagem:

- 1- Saiba ouvir. É a partir do que você ouve que a conversa é direcionada;
- 2- Tenha compaixão. Assuma o papel de parceria nesta finita jornada, sinalize que você vai sempre estar presente. Falar é negociável, mas ESTAR é inegociável;
- 3- Reconheça até que ponto a pessoa deseja ouvir. Leia a linguagem não-verbal ou pergunte “você quer saber o que está acontecendo?”;
- 4- Conheça o paciente, sua história, seus valores, seus desejos, sua rede, espiritualidade e vínculo;
- 5- NÃO transfira responsabilidade técnica (exemplo: não pergunte “você quer que faça reanimação?”);
- 6- Faça conferências familiares, incentive as Diretivas Antecipadas de Vontade (capítulo adiante) e investigue se já houve conversas de fim de vida. Dê a oportunidade do seu paciente se programar, resolver pendências, planejar seus momentos finais, tentar aproximar seus últimos momentos do que é desejado;
- 7- Diga sempre o que VAI fazer (e não só o que não vai fazer – exemplo: “não vou intubar, não vou reanimar, não vou levar para a internação”);
- 8- Seja claro e objetivo. NÃO utilize termos técnicos e amortizadores (exemplo: ao invés de dizer “sua mãe partiu” diga “sinto muito, a sua mãe morreu”).

CAPÍTULO VII

Testamento Vital e Diretivas Antecipadas de Vontade

Sabemos que a finitude da vida é algo natural e inevitável para todos, no entanto, o estigma muitas vezes criado sobre a morte acaba sendo fator impeditivo para conversas importantes, como os desejos de fim de vida do paciente e da família, a definição de um representante caso o paciente não possa responder por si e a elaboração de um inventário.

A falta dessa conversa ou até mesmo o adiamento da mesma, podem tornar o processo de cuidado ainda mais difícil, pela falta de informações que são relevantes para este momento da vida.

Devem ser destacadas ainda, a importância das ferramentas prognósticas e o conhecimento da história natural da doença que permitem o planejamento desses possíveis desejos, de forma compartilhada com a pessoa central do cuidado, enquanto ainda pode responder por si.

Nesse cenário, assim como existe o “plano de parto” para a gestante, existem o Testamento Vital e Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) como planejamento para o fim da vida e são consideradas como direito do paciente com respaldo legal (Resolução nº 1.995 do CFM de 2012).

Para muitos, as DAV e Testamento Vital podem ser considerados sinônimos. As poucas diferenças que podem ser encontradas é que as DAV costumam ser descrições escritas mais abrangentes dos cuidados em saúde futuros (que incluem também aqueles do Testamento), enquanto o Testamento Vital é mais específico para os cuidados de fim de vida que o paciente deseja ou não, muitas vezes lavrado em cartório de Notas.

CAPÍTULO VII

Cuidado: os desejos do paciente e da família devem sempre ser levados em conta na tomada de decisão, de forma compartilhada. Porém, a decisão técnica sobre as condutas é do profissional de saúde.

Sobre as DAV:

Resolução no 1.995 do CFM, de 2012, estabelece:

Art. 1º - Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º - Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º - Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º - O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º - As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º - O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhe foram diretamente comunicadas pelo paciente.

CAPÍTULO VII

§ 5º – Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

Dessa forma, as DAV são um instrumento ético-jurídico de prerrogativa apenas do paciente e não da família, com exceção dos casos em que o paciente tenha nomeado um representante previamente. Todas essas informações devem constar no prontuário do paciente.

[Link com exemplo](#)



Decisões tomadas com a família podem ser caracterizadas apenas como planejamento terapêutico, não diretivas de vontade.

Reflexão: o último dia da vida de uma pessoa é a última memória e experiência que ela vai ter, além do impacto que costuma ter no processo de luto dos familiares. Por que não costumamos levar a importância deste último momento nos nossos cuidados de assistência?

“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte” – Cicely Saunders

CAPÍTULO VIII

Abordagem do luto

O enfrentamento do luto pode começar antes mesmo da morte, já no momento em que uma pessoa recebe o diagnóstico de uma enfermidade que ameaça a continuidade da vida. A perda da saúde inaugura mudanças profundas tanto para o doente quanto para sua família, provocando rupturas em papéis, expectativas e projetos. Por isso, em Cuidados Paliativos, o cuidado não se limita ao paciente em vida: ele se estende também àqueles que ficam, apoiando-os na adaptação à ausência.

E esse luto pode se manifestar de formas variadas — no modo de pensar, sentir e nas atitudes. Além da dor dos familiares, também o próprio paciente experimenta um processo de despedida, chamado de luto antecipatório. Muitas vezes esse movimento de recolhimento e reflexão é confundido com depressão, mas na verdade faz parte da preparação para a finitude.

Para isso, a equipe multiprofissional acompanha tanto o paciente quanto a família e nesse contexto, a comunicação clara e acolhedora ajuda a compreender a dinâmica familiar, facilita a divisão de responsabilidades no cuidado e favorece decisões compartilhadas.

É importante que os profissionais estejam atentos a fatores que influenciam como cada pessoa elabora e vivencia a perda, que podem ser facilitadores ou dificultadores do processo, como: o sentido atribuído à morte, a qualidade do vínculo com quem parte, a posição social e familiar do falecido, os recursos internos e externos de enfrentamento, experiências prévias de perda, aspectos culturais e religiosos, idade do enlutado e da pessoa falecida, conflitos não resolvidos, a percepção do que foi ou não vivido, perdas secundárias decorrentes da morte.

CAPÍTULO VIII

O luto é um processo de reorganização: a família passa a reconstruir seu cotidiano, redefinindo funções e buscando novo equilíbrio emocional. Para além disso, também pode ser compreendido como um rito de transição, em que a ausência é simbolicamente reconhecida. Embora inevitável, a morte ainda é vista por muitos como um fracasso da medicina, algo a ser combatido a qualquer custo. Quando profissionais auxiliam paciente e familiares a se preparam para esse momento, questões práticas — como desejos de despedida, organização de bens e rituais de sepultamento ou cremação — tendem a ser resolvidas com mais serenidade.

Na trajetória da terminalidade, podem surgir sentimentos descritos em estágios, como negação, raiva, barganha, tristeza e aceitação. Esses momentos não seguem ordem fixa e nem necessariamente precisam passar por todas as fases. Ademais, também deve ser pontuado que este processo pode ser vivido de forma pendular, ora direcionado para o sentimento de dor emocional e ora para a saudade e entendimento da naturalidade do fim da vida.

Um cuidado necessário é evitar o **“cerco do silêncio”**: ocultar informações sobre a proximidade da morte, embora pareça proteger, pode causar sensação de abandono e desconfiança, uma vez que a pessoa no fim da vida irá reconhecer esse momento mais cedo ou mais tarde. A comunicação honesta e sensível, ao contrário, favorece que o paciente viva esse tempo de forma mais plena e prepara a família para o luto.

APOIO APÓS A MORTE

A experiência do luto não deve ser vista como doença. Não existe “cura”, mas há possibilidade de ressignificação da perda, de aprender a conviver com a ausência. A equipe pode demonstrar cuidado com

CAPÍTULO VIII

gestos simples, como:

- Telefonar para a família alguns dias após a morte;
- Enviar uma mensagem ou carta de condolências na primeira ou segunda semana;
- Marcar uma visita domiciliar no mês seguinte.
- Ajudar a família a validar o legado de vida do ente falecido (como construir um “altar” em casa, incentivar a manter hábitos que eram da pessoa falecida, entre outros)

Essas atitudes transmitem acolhimento e ajudam a validar a dor da família.

COMO FALAR SOBRE A PERDA

Palavras têm grande impacto no acolhimento. Comentários como “não chore”, “foi melhor assim” ou “seja forte” podem minimizar a dor e não ajudam no processo de elaboração.

Mais adequado é permitir a expressão do sofrimento, como:

- “É compreensível se sentir assim.”
- “Se quiser chorar, está tudo bem.”
- “Imagino como pode estar sendo difícil.”
- “Também gostaria que tivesse sido diferente.”
- “Respeito a forma como você está vivendo esse momento.”

Perguntas abertas também favorecem o diálogo: “Como vocês estão lidando?”, “Há algo que posso fazer por vocês?”

CAPÍTULO IX

Legislação

Muitas pessoas acreditam que a prática de CP pode gerar problemas judiciais, mas a legislação e os códigos de ética das profissões da saúde deixam claro que oferecer conforto e qualidade de vida ao paciente em fase final de vida é um direito e um dever dos profissionais.

O que a lei diz sobre cuidados paliativos?

Os CP reconhecem que a morte é um processo natural quando não há mais possibilidade de cura. Assim, tentar impedir esse processo com tratamentos desnecessários pode ser considerado um erro ético e até um crime. O CFM, por meio da Resolução nº 1.805, permite que médicos suspendam tratamentos que apenas prolongam o sofrimento de pacientes em fase terminal, desde que respeitem a vontade do paciente ou de seu representante legal.

O Código de Ética Médica também reforça que:

- *Em situações irreversíveis, médicos devem evitar exames e tratamentos desnecessários e priorizar os CP.*
- *É proibido exagerar na gravidade do diagnóstico ou indicar tratamentos sem necessidade.*
- *Nenhum paciente deve ser abandonado, mesmo que tenha uma doença incurável.*

Além da medicina, outras áreas da saúde, como enfermagem, nutrição, psicologia e assistência social, também possuem normas que garantem apoio integral ao paciente e sua família.

CAPÍTULO IX

Distanásia x Ortotanásia: O que pode e o que não pode?

Distanásia: É o uso excessivo de tratamentos para prolongar a vida sem qualidade, podendo causar sofrimento desnecessário. Pode ser considerado crime.

Ortotanásia: É a aceitação do processo natural da morte, evitando medidas invasivas e focando no conforto do paciente. Isso é legal e faz parte da boa prática em saúde.

Por causa da comum confusão entre estas práticas, deve-se fazer um bom registro em prontuário sobre cada caso.

A importância da abordagem correta

Dizer que "não há mais nada a fazer" pode ser interpretado como abandono do paciente. O correto é garantir que ele receba todo o suporte para aliviar sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais.

Os CP não aceleram nem retardam a morte e é importante deixar isso claro para o paciente e família. Seu objetivo é garantir dignidade e bem-estar, respeitando a autonomia e os desejos daqueles a serem cuidados. Portanto, não se deve realizar medidas fúteis para impedir a morte irreversível em curso.

CAPÍTULO X

Controle de sintomas na APS

Neste capítulo serão abordados os sintomas mais prevalentes em pacientes com algum nível de suporte em cuidados paliativos especialmente direcionado para profissionais prescritores médicos. Para mais informações de tratamento sobre os demais sintomas, ou abordagem específica de demais categorias profissionais, acesse os links:

[*Livro Manual de Residência de Cuidados Paliativos*](#)



[*Livro Tratado de Atenção Domiciliar*](#)

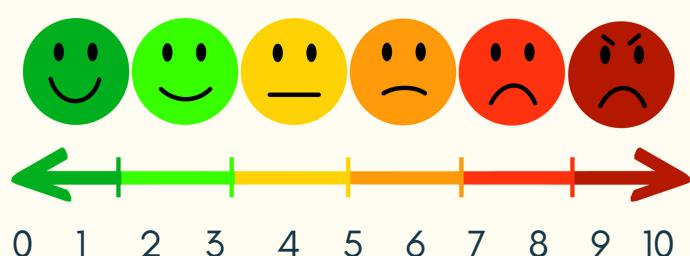


A dor é um dos sintomas mais comuns no cenário dos CP e, embora comum, existem muitas particularidades a seu respeito como a origem da mesma e o sofrimento individualizado causado. Pode ser orgânica (dor nociceptiva somática ou visceral, neuropática, miofascial e mista) e também com outros componentes relacionados, como é o caso da dor total definida por Cicely Saunders (dor de causa física, psíquica, social e espiritual).

Além disso, na avaliação da dor é importante caracterizá-la quanto ao tempo (aguda, subaguda ou crônica), localização, instalação, tipo, sintomas associados, temporalidade, fatores de melhora ou piora e intensidade.

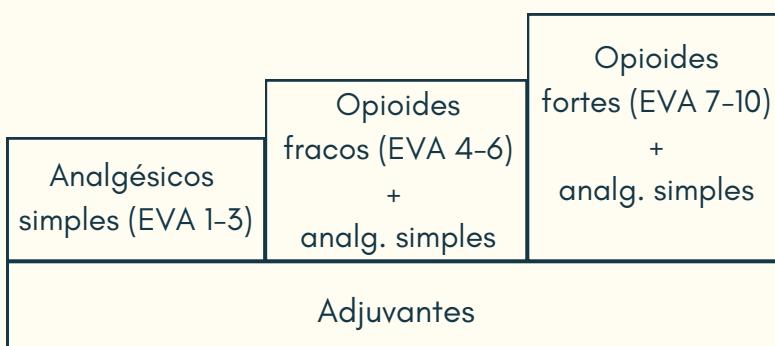
Dessa forma, algumas ferramentas de avaliação são bem-vindas como a Escala Visual Analógica (EVA) e a escada de dor da Organização Mundial de Saúde (OMS), esta última inicialmente utilizada para dor oncológica mas hoje com uso ampliado.

Escala Visual Analógica (EVA)



EVA 1-3 - dor leve
EVA 4-6 - dor moderada
EVA 7-10 - dor intensa

Escada da Dor - OMS



Fonte: do autor

No primeiro degrau da escada, pacientes com dor leve (EVA 1-3) devem ser tratados com analgésicos não opioides (analgésicos simples, anti-inflamatórios não-esteroidais), que também deverão ser utilizados de forma associada aos demais degraus nas dores mais intensas.

No segundo, associado à dor moderada (EVA 4-6), deve-se iniciar os opioides fracos (codeína, tramadol). No terceiro (EVA 7-10), são utilizados os opioides fortes (morfina, metadona, oxicodona e fentanil).

Ademais, de acordo com o perfil da dor devem ser utilizados medicamentos adjuvantes de forma direcionada, especialmente considerando a dor neuropática - que habitualmente tem resposta baixa à opioides. São eles:

Corticosteróides	para dores por metástases ósseas e outras síndromes compressivas (compressão de estruturas nervosas, cefaleia por hipertensão intracraniana, obstrução de víscera oca, distensão de cápsula ou linfedema) e artralgia por meio das infiltrações articulares. Representados pela dexametasona (droga de escolha) e prednisona.
Antidepressivos	para dores neuropáticas e crônicas, com destaque para os tricíclicos (amitriptilina e nortriptilina) e ISRN (duloxetina e venlafaxina).
Anticonvulsivantes	para dores neuropáticas e crônicas, representados pela gabapentina e pregabalina
Relaxantes musculares	utilizados na dor miofascial, representados pela ciclobenzaprina, carisoprodol e baclofeno
Antiespasmódicos	para dores em cólica, representado pela escopolamina
Bifosfonatos	para dores articulares e ósseas (inclusive metástases), como o alendronato e ácido zoledrônico

Fonte: do autor

Anestésicos

para dores mais abrangentes e tem como representante importante a lidocaína (gel, adesivo, infiltração e agulhamento úmido)

Radioterapias

para dores oncológicas

Fonte: do autor

Posologia dos analgésicos simples e adjuvantes



Somado à estes, outras terapias comportamentais não medicamentosas devem ser consideradas, como: fisioterapia, terapias manuais, agulhamento seco, controle do ambiente ou conforto, redução da ansiedade, distração, jogo terapêutico, musicoterapia, grupo de autogerenciamento da dor, terapia com animais e as Práticas Integrativas Complementares (PICS), representadas pela fitoterapia, acupuntura, meditação, práticas corporais com massagens, ioga, entre outros.

Quanto aos opioides, existem 3 regras para a prescrição desta classe:

1º “A mão que prescreve opioides é a mão que prescreve laxante” - opioides tem como um dos principais efeitos adversos a constipação, portanto, é comum usuário dessa classe fazer fecalomas. Portanto, devem ser preferidos os laxantes irritativos (bisacodil, picossulfato de sódio e senna) que podem ser associados com as demais categorias (osmóticos – lactulose, polietilenoglicol, sais de magnésio; formadores de bolo fecal – psyllium;)

2º Dose resgate - além da dose regular de horário que deve ser prescrita do opioide, é recomendado prescrever a dose resgate que deve ser usada em caso de dores persistentes nesse intervalo de horas

entre a medicação regular, com posologia de 6-10% da dose diária total.

Por exemplo, imagine que a pessoa faça uso de morfina 10 mg 1 comprimido via oral de 4/4h de forma regular, totalizando portanto, dose diária de 60 mg de morfina. Assim, caso haja dor persistente, a pessoa pode fazer uso de 6 mg de morfina se necessário, além da dose de horário, considerando os 10% da dose total diária.

Para ajuste na prescrição, quanto maior a frequência de uso da dose resgate, maior a probabilidade de uma dor mal controlada. Neste caso, o total da dose resgate deve ser somada à dose regular e redistribuída ao longo do dia.

Exemplo: se essa mesma pessoa do exemplo anterior estiver precisando todos os dias fazer uso de 3 doses resgate (18 mg, no exemplo), esta dose deve ser adicionada à dose total diária (60 mg + 18 mg = 78 mg) e redistribuída na dose de horário ao longo do dia (13 mg de 6/6h).

Vale lembrar que a dose deve ser ajustada de acordo com a disponibilidade de apresentação do opioide em questão e que a morfina é a melhor alternativa para a dose resgate.

3º Bom senso! Para aqueles pacientes “virgens de opioides” sempre iniciar com a menor dose possível até a titulação da dose. Comece pelo opioide com manejo mais simples (opioides fracos e morfina).

Vale lembrar que em cuidados paliativos não existe “dose teto”, mas caso a dor seja de difícil manejo mesmo com doses altas considere reavaliar outros componentes relacionados ao sofrimento (como a dor total) e a rotação do opioide.

[Posologia e consideração dos opióides](#)



O vômito é um sintoma frequente em pessoas em CP e pode trazer grande desconforto físico e emocional tanto para o paciente quanto para a família. Mais do que um simples ato físico, ele interfere na alimentação, na hidratação, na qualidade do sono e na sensação de bem-estar, além de provocar sentimentos de angústia, fraqueza e perda da dignidade.

As causas do vômito são múltiplas e envolvem desde efeitos colaterais de medicamentos, alterações metabólicas, obstruções intestinais, infecções, distúrbios neurológicos e fatores emocionais, o que exige do profissional de saúde uma avaliação cuidadosa para identificar a causa e melhor escolha de tratamento.

Causas químicas (medicações ou metabólicas)	Avaliar nível sérico das drogas, fazer substituições. Haldol e antagonistas 5HT3 são a primeira escolha
Esvaziamento gástrico comprometido	Tratar causa de base. Prescrever prócinéticos.
Causas viscerais	Reducir a secreção intestinal (corticoides, bloqueadores H2 ou inibidor de bomba de prótons), intervenção cirúrgica conforme o diagnóstico
Cortical/ neurológica	Tratar causas reversíveis, corticoide e sedação se necessária
Vestibular	Suspender medicamentos, prescrever meclizina e anti-histamínicos. Terapia cognitivo comportamental.

Fonte: Manual de Residência de Cuidados Paliativos

O impacto do vômito pode levar à desidratação, perda de peso, fraqueza e dificuldade na adesão ao tratamento.

O manejo deve começar pela escuta atenta do paciente: quando os episódios ocorrem, quais fatores parecem desencadeá-los e de que forma isso repercute no seu cotidiano. Além das medidas gerais — como oferecer pequenas quantidades de líquidos ao longo do dia, manter o ambiente arejado, evitar cheiros fortes e ajustar a alimentação —, muitas vezes é necessário recorrer ao tratamento farmacológico, individualizado de acordo com a provável causa.

Entre as classes de medicamentos utilizadas estão:

- Antagonistas dopaminérgicos (haloperidol, clorpromazina, prometazina, levomepromazina), indicados especialmente em casos associados à obstrução intestinal, pois não aumentam a motilidade gastrintestinal. Devem ser utilizados em doses baixas.
- Agentes procinéticos (metoclopramida, domperidona), com ação agonista 5-HT4 e antidopaminérgica, úteis em náuseas e vômitos relacionados à gastroparesia, distúrbios metabólicos e hepáticos. Não utilizar em causas obstrutivas!

*Vale lembrar que a bromoprida é um representante anti dopaminérgico e procinético.

- Anti-histamínicos (dimenidrato e meclizina) e anticolinérgicos (escopolamina) eficazes em situações de obstrução intestinal, reduzindo o peristaltismo e as secreções exócrinas, além de contribuir para o alívio de cólicas.

- Antagonistas 5HT3 (ondansetrona, 4 a 8 mg a cada 8 horas), bastante eficazes em náuseas de origem medicamentosa, mas que não devem ser usados em associação ao tramadol. Outros fármacos com ação sobre esses receptores, como a mirtazapina (15 a 45 mg/dia) e a olanzapina (2,5 a 10 mg/dia), também podem ser indicados em situações específicas.
- Corticosteroides (como dexametasona, 4 a 8 mg/dia), que ajudam na redução de edemas associados a tumores e podem acelerar a resolução de obstruções intestinais, contribuindo assim para o controle do sintoma.

Além do controle farmacológico, é importante que familiares e cuidadores sejam orientados a reconhecer sinais de alerta, como vômitos persistentes, presença de sangue (orientar o teste da água oxigenada), dificuldade para ingerir líquidos ou sinais de desidratação. Nessas situações, a equipe deve ser acionada para reavaliar a conduta.

A tosse é, em sua essência, um mecanismo de defesa e apesar desse papel protetor, quando persistente se transforma em fonte de desconforto, prejudicando o sono, dificultando a alimentação, gerando fadiga, dor torácica e grande angústia tanto para o paciente quanto para a família.

No contexto dos CP, a tosse pode estar relacionada a múltiplos fatores e a identificação deles é que vai definir o tratamento mais adequado. Pode ocorrer pelo efeito obstrutivo da massa tumoral, pela presença de derrame pleural ou pericárdico, atelectasias, infecções, fístulas, linfangite carcinomatosa, síndrome da veia cava superior ou mesmo como consequência de radioterapia e quimioterapia. E para além das causas oncológicas, considerar doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência cardíaca congestiva, tromboembolismo pulmonar, doenças intersticiais, sinusopatias e infecções respiratórias. Outro ponto de atenção é a tosse induzida por medicamentos, como: inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), alguns agentes inalatórios (como ipratrópico, salbutamol, cromoglicato de sódio e corticosteroides), anti-inflamatórios não hormonais, benzodiazepínicos (como midazolam), agentes citotóxicos (bleomicina, metotrexato) e até meios de contraste.

O manejo terapêutico pode incluir medidas gerais, como manter o ambiente arejado, favorecer a hidratação, realizar nebulizações com solução salina e orientar mudanças de posição que facilitem a respiração. A fisioterapia respiratória também tem papel importante, principalmente quando há secreções abundantes.

No entanto, muitas vezes a tosse exige controle farmacológico, que deve ser direcionado para o tratamento do fator causador, quando possível, ou apenas como controle sintomático.

Os opioides são considerados as drogas com maior efeito antitussígeno no câncer. A codeína pode ser usada na dose de 10 a 20 mg a cada 4 a 6 horas. A morfina, além de seu papel no controle da dor e da dispneia, pode ser utilizada em doses baixas para controle da tosse, sendo a dose inicial de 5 mg a cada 4 horas por via oral. A metadona, em doses que variam de 2,5 a 10 mg/dia por via oral, também é uma alternativa em casos selecionados.

Também como alternativas de primeira linha em algumas situações, podem ser usados o dextrometorfano e a difenidramina, que apresentam ação antitussígena eficaz em determinados quadros.

O tratamento da tosse em CP deve sempre ser individualizado, buscando equilibrar benefício e risco, e levando em conta os valores, desejos e prioridades do paciente. Mais do que apenas suprimir o sintoma, trata-se de acolher o sofrimento que ele provoca, orientar a família e oferecer segurança diante daquilo que muitas vezes é interpretado como sinal de agravamento da doença.

Para que uma ferida evolua adequadamente, o principal tecido que buscamos é o tecido de granulação, caracterizado por aspecto esponjoso, róseo ou avermelhado e úmido. É importante orientar familiares e cuidadores de que, ao contrário do senso comum, feridas em bom processo de cicatrização não devem estar secas, especialmente no contexto das úlceras por pressão.

O cuidado inicia-se pela pele íntegra ao redor da ferida, que deve ser higienizada com água corrente e sabonete comum ou sabonete com clorexidina, evitando que essa solução entre em contato com o leito da ferida.

A ferida propriamente dita deve ser lavada com soro fisiológico 0,9% levemente aquecido, pois soluções frias podem causar vasoconstrição local e prejudicar a cicatrização. Alternativamente, pode-se utilizar irrigação exaustiva com solução contendo PHMB. A irrigação deve ser feita com pressão adequada, suficiente para remover detritos sem lesar o tecido viável. Na prática, isso pode ser obtido utilizando-se um frasco de soro fisiológico de 500 ml conectado a agulha ou cateter de calibre 18 ou 19G, que proporciona pressão segura e eficaz para limpeza da ferida.

Após a limpeza, avalia-se o tipo de tecido presente.

Na presença de tecido de granulação, o objetivo é manter o leito da ferida úmido, podendo ser utilizado óleo de girassol como cobertura primária.

Quando há fibrina (esfacelo) ou tecido desvitalizado, está indicada a debridamento, que pode ser mecânica ou química. A debridamento química pode ser feita com papaína gel, que pode ser manipulada em diferentes concentrações, de acordo com a quantidade de tecido desvitalizado:

- 2%: feridas limpas ou com mínima fibrina

- 4%: feridas com exsudato e fibrina leve
- 10%: feridas com fibrina moderada
- 20%: feridas com grande quantidade de fibrina ou tecido necrótico

A papaína deve ser aplicada exclusivamente sobre áreas com fibrina ou necrose, nunca sobre tecido de granulação, pois pode causar dor intensa e lesão do tecido viável. Por exigir maior frequência de trocas, o curativo com papaína geralmente deve ser renovado duas a três vezes ao dia.

Outras opções para debridamento incluem hidrogel com alginato e hidrocoloide, que pode ser aplicado uma a duas vezes ao dia, e placas de cobertura, como:

- placas de hidrogel (auxiliam na debridamento autolítica),
- placas com prata (indicadas quando há suspeita de infecção),
- placas com carvão ativado (úteis em feridas com odor intenso).

Essas placas podem ser recortadas conforme o tamanho da ferida e permanecem no local por três a cinco dias, reduzindo a necessidade de trocas frequentes.

Antes de definir a cobertura, é fundamental avaliar se a ferida apresenta sinais de infecção, como secreção purulenta, edema, rubor, calor local, dor intensa ou sintomas sistêmicos, como febre. Feridas que evoluíam bem e deixam de cicatrizar subitamente também devem levantar suspeita de infecção. Nesses casos, pode ser necessário associar tratamento antimicrobiano local ou sistêmico, conforme avaliação clínica.

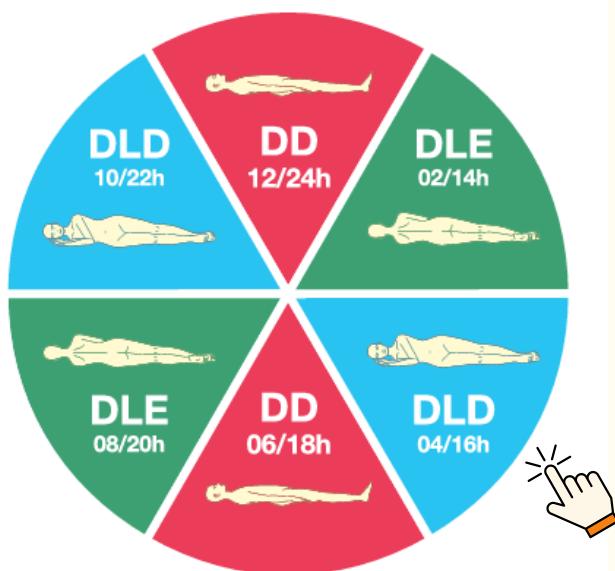
Em feridas com odor fétido, o uso de metronidazol gel e de placas com carvão ativado costuma ser eficaz no controle do cheiro. Feridas necrosadas podem evoluir com miíase, sendo indicado irrigar o leito com solução contendo ivermectina diluída em soro fisiológico, seguida

da retirada manual das larvas. A ivermectina via oral pode ser associada, conforme o caso.

Após a aplicação da cobertura primária, o curativo deve ser finalizado corretamente. A primeira gaze colocada sobre a ferida deve ser umedecida, para evitar que absorva o produto aplicado no leito. Essa gaze pode ser umedecida com óleo de girassol apenas com a finalidade de manter a umidade. Sobre ela, coloca-se uma gaze seca ou atadura para proteção.

Além do cuidado direto com a ferida, é fundamental adotar medidas preventivas para evitar o surgimento ou agravamento das úlceras por pressão. Devem ser orientadas:

- mudança de decúbito a cada duas horas, utilizando o relógio de mudança de decúbito como ferramenta de apoio,
- uso de colchão pneumático ou colchão tipo caixa de ovo,
- manutenção do lençol bem esticado,
- uso de coxins para alívio de pressão,
- suspensão dos calcâneos quando possível,
- hidratação adequada da pele,
- proteção e avaliação frequente das áreas de maior pressão, como calcâneos, região sacral, trocânteres e região occipital.



Fonte: SMS Rio de Janeiro

A dispneia é um dos sintomas mais frequentes nos CP e está muito associada a doenças prevalentes no cenário da APS, como câncer, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares graves, doenças neurodegenerativas e doenças renais ou hepáticas avançadas. É um sintoma que causa grande sofrimento tanto para o paciente quanto para a família, por isso deve ser reconhecido e tratado precocemente. É fundamental orientar a família e os cuidadores a reconhecer sinais de falta de ar. Os principais sinais a serem observados são: aumento da frequência respiratória, uso da musculatura acessória (pescoço, ombros), tiragem intercostal, cianose de lábios ou extremidades, agitação, ansiedade ou expressão facial de desconforto.

Para manejá-la adequadamente, é importante entender que ela pode ter três mecanismos principais:

1. Causa mecânica

Ocorre quando há dificuldade física para a entrada ou expansão do ar, como nos derrames pleurais, obstruções de vias aéreas, doenças pulmonares restritivas ou massas compressivas.

2. Aumento do esforço respiratório

Comum em pacientes com fraqueza muscular, doenças neuromusculares ou caquexia, especialmente em pacientes oncológicos, que passam a fazer muito esforço para respirar.

3. Aumento da demanda ventilatória

Acontece em situações de hipóxia, hipercapnia, anemia, acidose metabólica e também em quadros de ansiedade, aumentando a sensação de falta de ar.

Sempre que identificado um fator desencadeante, ele deve ser tratado, respeitando os objetivos de cuidado do paciente:

- Congestão pulmonar: diuréticos, ventilação não invasiva
- Derrame pleural: punção, drenagem ou pleurodese
- Obstrução de vias aéreas: radioterapia, laser ou stent
- Linfangite carcinomatosa: corticosteroides (especialmente dexametasona)
- Infecção respiratória: antibiótico
- Hipertensão pulmonar: sildenafil
- Anemia: transfusão de concentrado de hemárias
- Tromboembolismo pulmonar: anticoagulação

Para além disso, também podem ser utilizadas outras terapias medicamentosas de uma forma mais abrangente.

Os **opioides** são as medicações com melhor evidência para o controle da dispneia. A morfina é a mais estudada e utilizada, pois reduz a percepção de falta de ar e a frequência respiratória.

Pode ser utilizada em doses baixas, como 5 a 10 mg por via oral a cada 4 horas. Outros opioides podem ser usados conforme o contexto clínico, mas a morfina é a primeira escolha.

Já os **corticosteroides** ajudam a reduzir a sensação de falta de ar, principalmente em casos relacionados a neoplasias, edema tumoral ou linfangite carcinomatosa. A dexametasona é a mais utilizada.

Além disso, a dispneia frequentemente gera ansiedade, o que piora ainda mais a sensação de falta de ar. Nesses casos, pode-se associar **benzodiazepínicos**. O midazolam é bastante utilizado, inclusive em contextos de sedação paliativa quando indicada.

Quanto aos **broncodilatadores e inaladores**, estes são especial-

mente úteis em pacientes com DPOC, asma ou componente broncoespástico. Podem ser utilizados broncodilatadores de longa duração, corticosteroides e anticolinérgicos inalatórios.

Secreções respiratórias no fim da vida ("Sororoca")

A respiração ruidosa de fim de vida ocorre pelo acúmulo de secreções nas vias aéreas e costuma causar grande angústia nos familiares. Na maioria das vezes, o paciente não percebe esse desconforto.

O manejo inclui:

- Anticolinérgicos (escopolamina, atropina colírio por via oral/sublingual, propantelina gel, ipratrópico inalatório)
- Evitar aspiração sempre que possível, pois é desconfortável e pouco eficaz
- Redução do volume de hidratação e dieta

O oxigênio deve ser utilizado **apenas quando há hipóxia**, definida como saturação de oxigênio abaixo de 90%. Não há indicação de oxigênio apenas para conforto quando não existe hipóxia documentada.

As medidas não farmacológicas são fundamentais no controle da dispneia e devem sempre ser associadas ao tratamento medicamentoso: manter o paciente em posição sentada ou semi-sentada, ambiente ventilado, com janelas abertas, uso de ventilador direcionado ao rosto, fisioterapia respiratória e exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento e economia de energia. Evite aspirações desnecessárias que podem causar desconforto.

No processo ativo de morte, podem surgir padrões respiratórios como a sororoca e o gasping. Esses padrões costumam causar sofrimento em quem observa, mas geralmente *não estão associados a sofrimento do paciente*.

Quando o paciente não consegue se comunicar, o conforto deve ser avaliado por sinais não verbais, como postura corporal relaxada, expressão facial tranquila e ausência de gemidos. A orientação e o acolhimento da família nesse momento são parte essencial do cuidado paliativo.

A alimentação, ao longo da vida, cumpre o papel de nutrir o corpo e produzir prazer. Nos CP, especialmente no fim de vida, é essencial compreender que esses dois objetivos nem sempre caminham juntos. À medida que a pessoa se aproxima da finitude, o próprio organismo se prepara para a morte, e a perda de apetite faz parte deste processo.

A anorexia no fim de vida não significa desistência, abandono ou falta de cuidado. Trata-se de um fenômeno fisiológico esperado em doenças avançadas, como câncer, insuficiências orgânicas, doenças neurodegenerativas e síndromes consumptivas. No entanto, esse sintoma costuma gerar intenso sofrimento emocional, sobretudo para os cuidadores, especialmente dentro da cultura brasileira, na qual a alimentação está profundamente associada a afeto, cuidado, socialização e esperança.

Para o paciente, a ausência de fome não costuma ser vivenciada como sofrimento em si. Pelo contrário, forçar a alimentação pode transformar o ato de comer – que deveria ser fonte de prazer – em uma experiência de desconforto e angústia. Insistir repetidamente para que a pessoa coma, várias vezes ao dia, quando ela não tem desejo ou capacidade para isso, pode aumentar o sofrimento e comprometer a qualidade de vida.

Já para a família, a alimentação frequentemente assume significados simbólicos importantes: comer passa a ser entendido como sinal de vida, força, recuperação ou de que “ainda há o que fazer”. Por isso, é fundamental que o profissional de saúde acolha esse sofrimento, valide essas emoções e explique de forma clara que, no fim de vida, a nutrição deixa de ser prioridade, e que a pessoa não morrerá de fome, mas sim em decorrência da doença de base que está em curso. Nesse contexto, é comum e adequado optar pela alimentação por

prazer. O paciente deve ser estimulado a *comer apenas o que deseja e o que tolera*, respeitando suas vontades, preferências e limites. Não há restrições rígidas: vale o alimento que traz conforto, memória afetiva e satisfação, mesmo que em pequenas quantidades.

Quando existem dificuldades de deglutição, algumas adaptações podem ser feitas. Em situações específicas, o paciente pode mastigar o alimento para sentir o sabor e cuspir, se isso lhe trouxer prazer. O acompanhamento da **fonoaudiologia** é fundamental para avaliar a segurança da via oral, reduzir riscos de broncoaspiração e preservar, sempre que possível, essa fonte de prazer até o final da vida. Da mesma forma, o suporte da **nutrição** auxilia na adaptação da consistência da dieta (livre, pastosa, líquida, com espessantes), respeitando os objetivos do cuidado.

O uso de **sondas de alimentação** deve ser cuidadosamente avaliado. A sonda retira do paciente a experiência oral do prazer e pode causar desconforto significativo. Em cuidados paliativos, especialmente no fim de vida, é importante refletir sobre o real benefício da nutrição artificial. Quando a alimentação não traz melhora funcional, conforto ou qualidade de vida, sua manutenção pode apenas prolongar o sofrimento, caracterizando distanásia.

Existem situações em que a sonda pode ser considerada, principalmente como via para administração de medicamentos essenciais, quando não há outra alternativa viável. Nesses casos, a indicação deve ser individualizada, discutida com o paciente (quando possível) e com a família, sempre alinhada aos objetivos do cuidado.

Medicamentos estimulantes do apetite, como o cobavital, podem ser utilizados em fases mais precoces da doença, quando há expectativa de benefício. No entanto, na fase ativa de morte, a prioridade deve ser o conforto, e não a nutrição.

CAPÍTULO XI

Medicamentos disponíveis no SUS e local de retirada

A assistência farmacêutica do município de Juiz de Fora é dividida em:

1- Componente básico REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Especiais), de responsabilidade do município, dispensados na APS, Farmácia Central e na Atenção Secundária.

[Lista de medicamentos disponíveis pela REMUME.](#)



2- Componente estratégico: para doenças estratégicas específicas como sífilis, tabagismo e tuberculose (dispensados na UBS), HIV (dispensado no SAE), hanseníase (dispensados na UBS e no HU), entre outros. De responsabilidade do Estado e dispensação pelo Município e dependem de notificações e fluxos específicos do município.

3- Componente especializado, de responsabilidade do Estado. Para estes, devem ser preenchidos os formulários específicos para a solicitação e autorização e levados pelo paciente ou responsável ao Palácio da Saúde para análise (Av. dos Andradas, 222 - Centro).

Alguns exemplos de comorbidades com grande potencial para CP na APS e que tem suporte do SUS para tratamento:

- Doença de Alzheimer (donepezila, galantamina, rivastigmina, memantina)
- Dor crônica (codeína, morfina, metadona, gabapentina)
- Doença renal crônica (dapaglifozina)
- ICC com FE reduzida (dapaglifozina, sacubitril-valsartana)

CAPÍTULO XI

[Lista de medicamentos disponíveis pela SES/MG - lista por doença](#)



[Lista de medicamentos disponíveis pela SES/MG - lista por ordem alfabética.](#)



Para a primeira solicitação, deve ser preenchido um formulário inicial específico de cada comorbidade, juntamente com a receita atualizada do medicamento solicitado, o LME (Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos) - que deve ser preenchido posteriormente a cada 6 meses para nova solicitação - e, dependendo de qual medicamento, exames e laudos médicos atualizados conforme direcionado na folha de rosto de cada formulário.

[Formulários para solicitação de medicamento por condição doença](#)



LME



Pacientes oncológicos têm direito a adquirir o tramadol na farmácia central, seguindo os seguintes critérios para cadastro na Comissão de Oncologia:

1. Paciente oncológico morador de Juiz de Fora;
2. Receita dos hospitais oncológicos (ASCOMCER, Oncológico, João Felício, Pam Marechal Oncologia, Melhor em Casa - DID);
3. Levar cópia do comprovante de residência, identidade, CPF e cartão SUS;
4. Cópia da última biópsia;
5. Podendo ser o paciente ou o responsável;

Endereço: Rua Marechal, número 496, 3º andar Pam Marechal Farmácia Central

CAPÍTULO XII

Receituários B1 e A1

Qualquer médico que esteja regular com o Conselho Regional de Medicina pode fazer a solicitação de receituário de controle especial, em especial aqueles identificados como B1 e A1, considerando o cenário de cuidados paliativos.

Em Juiz de Fora, para a solicitação dos receituários como pessoa física você deve comparecer à Vigilância Epidemiológica, localizada no endereço R. Antônio José Martins, 92 - Morro da Glória, 1º andar, com os seguintes documentos em mãos:

- 1- Cópia da carteira do conselho profissional
- 2- Cópia do comprovante de residência
- 3- Cópia da certidão negativa de débito junto ao conselho profissional (retirada no site do CRM-MG)
- 4- Informações sobre a gráfica para confecção dos receituários B1 - Razão social, nome fantasia, endereço completo, CNPJ, telefone e e-mail.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF _____ NÚMERO _____		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
B				Quantidadade e Forma Farmacêutica	
de _____ do _____		Paciente: _____		Dose por Unidade Posológica	
Endereço: _____				Posologia	
Assinatura do Emissor					
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR			
Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade N°: _____		Nome do Vendedor _____ / _____ / _____		Data _____	
Órgão Emissor: _____		Número da impressão: de _____ a _____			
Dados da Gráfica: Nome + Endereço Completo + CGC					

CAPÍTULO XII

Lá você irá preencher alguns formulários (*links* abaixo), que deverão ser novamente preenchidos a cada nova solicitação de talonários.

Para o receituário A1 você também deve providenciar um carimbo para a retirada do talonário na Vigilância. Este deve ter as seguintes especificações:

- tamanho 1,5 x 6 cm, nome completo do profissional, número do CRM seguido da unidade da federação, endereço (o mesmo do comprovante de residência ou consultório) e telefone de contato.

Em relação à quantidade de folhas de receituário, esta poderá sofrer variações conforme a especialidade médica.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA
UF	NÚMERO	Nome: _____	
Data _____ de _____ de _____		Quantidade e Apresentação _____	
Assinatura do Emissor		Forma Farm. Concent. Ámid. Posologia _____	
Endereço _____		Nome _____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome: _____		Nome _____	
Endereço: _____		Data _____	
Identidade N°: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____			
Dados da Gráfica: Nome + Endereço Completo + CGC			

[Ficha cadastral de prescritores de psicofármacos](#)



[Requisição de receituário B](#)



[Requisição de talonário A](#)



CAPÍTULO XIII

Fluxo da Rede de Atenção à Saúde em Juiz de Fora

A Atenção Primária é o cenário em que acontece a coordenação dos cuidados em saúde da comunidade e para tal é imprescindível que seja reconhecido o fluxo da Rede de Atenção à Saúde (RAS) local.

Em Juiz de Fora, se tratando dos cuidados paliativos, podemos contar com o suporte do programa Melhor em Casa - Departamento de Internação Domiciliar (DID), que tem uma equipe de cuidados paliativos para atender todo o município e região aqueles pacientes classificados nas categorias Atenção Domiciliar 2 (AD2) e Atenção Domiciliar 3 (AD3).

Instrumento de elegibilidade e complexidade da AD



A via de acesso para a solicitação da avaliação do DID deve acontecer pelo 1Doc no site da Prefeitura de Juiz de Fora. A seguir:

para o cidadão

- Prefeitura Ágil
- IPTU On-line
- ISS On-line
- Consulta de Protocolos

sou servidor

- Central do Servidor
- Minha Folha
- Aposentados e Pensionistas
- Prefeitura Ágil (Interno)

concursos

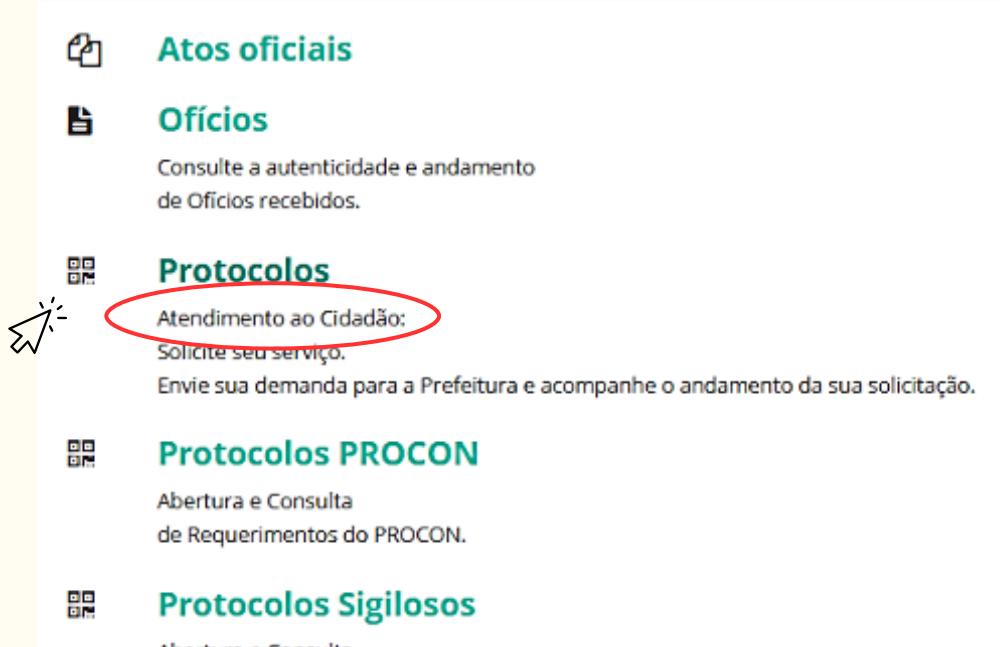
- Concursos Públicos
- Seleção Interna
- Seleção Externa
- Contratação Temporária

licitações

- Pregão Eletrônico
- Legislação
- Outras Modalidades
- Resultados

Acesse o “Prefeitura Ágil”

CAPÍTULO XIII



Atos oficiais

Ofícios
Consulte a autenticidade e andamento de Ofícios recebidos.

Protocolos
Atendimento ao Cidadão:
Solicite seu serviço.
Envie sua demanda para a Prefeitura e acompanhe o andamento da sua solicitação.

Protocolos PROCON
Abertura e Consulta de Requerimentos do PROCON.

Protocolos Sigilosos

Clique em “Atendimento ao Cidadão” e faça o seu login

Assunto*:

- selecione -

did

— Redução de ISSQN para empresas concedida por Lei
— Pedido de Esclarecimento de Edital de Licitação
Pedido de Material – Departamento de Saúde Bucal
— Recurso da relação dos candidatos inscritos no processo de seleção
— Solicitação de avaliação - DID
— Pedido de vistas de processos
Solicitação de Folga Eleitoral - Profissionais DID
— Pedido de Pontos de aluguel para Fretes de Carga
— Pedido de geração de DAM pagamento publicidade no TCU

Selecione “Solicitação de avaliação - DID” e preencha os formulários com as informações sobre o paciente

Envie a solicitação e aguarde alguns dias para a avaliação da equipe.

Ademais, não há ainda, em Juiz de Fora, atendimento ambulatorial de cuidados paliativos com equipe especializada, o que reforça ainda mais a importância da APS nesse cenário.

CAPÍTULO XIV

Contato para dúvidas

Para o esclarecimento de dúvidas, clique no link abaixo:



Telefone (WhatsApp):
(32) 99922-1788



E-mail:
vitoriacuida@gmail.com



www.dravitoriacuida.com.br



@vitoriacuida



REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Cláudia Quintana. A morte é um dia que vale a pena viver. 1. ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. ISBN 978-85-4410-470-5

CARVALHO, Ricardo Tavares de; ROCHA, Juraci Aparecida; FRANCK, Ednálida Maria; et al. Manual da residência de cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar. Barueri: Manole, 2022.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C.; DIAS, Lêda C. (orgs.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

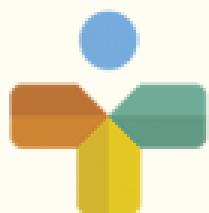
SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; MELO, Cibelle Gomes Lima; DIAS, Mariana Borges; RIBEIRO, Marco Túlio Aguiar Mourão; ZACHI, Mara Lúcia Renostro; et al. Tratado de atenção domiciliar. 1. ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2022.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. (orgs.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, W. Wayne; MCWHINNEY, Ian R.; MCWILLIAM, Carol L.; FREEMAN, Thomas R. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.



Juiz de Fora
Prefeitura



PROFAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SUS