



# **MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES COM CÂNCER**

**UnATI**

2009

**ISBN:** 978-85-87897-21-3  
**TÍTULO:** Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer  
**AUTOR:** UNIC  
**EDIÇÃO:** 1  
**ANO DE EDIÇÃO:** 2009  
**LOCAL DE EDIÇÃO:** RIO DE JANEIRO  
**TIPO DE SUPORTE:** DVD  
**PÁGINAS:** NÃO INFORMADO  
**EDITORA:** UNATI/UERJ-UNIV.ABERTA 3.IDADE

## **EQUIPE DA UNIC**

Amanda N. Lougon de Souza - assistente social  
Ana Cristina Batalha - nutricionista (col.)  
Ana Lúcia Bordin - fonoaudióloga (col.)  
Angélica Almeida Santos - enfermeira (col.)  
Anelise Coelho da Fonseca - médica  
Anna Carolina B. Pedrinha - fisioterapeuta  
Beatriz Costa Lima - médica (col.)  
Cinara Vanessa Schanuel - enfermeira  
Claudia Steenhagen - fonoaudióloga (col.)  
Daniele Aguiar Lima - médica (col.)  
Elaine Almoinha - médica  
Esmeralda Corrêa - massoterapeuta (col.)  
Flávia Lopes - médica (col.)  
Flávia Motta - médica (col.)  
Henriqueta Rezende - administradora (col.)  
Luciana Fernandes Fialho - nutricionista (col.)  
Marcelle Miranda da Silva - enfermeira (col.)  
Marco Antonio de Azeredo C. Freire - psicólogo  
Maria da Conceição Moreira - psicóloga (col.)  
Mariluce Sochacki Bizetti - nutricionista  
Maria Helena Costa - assistente social (col.)  
Reyna Lohmann - fisioterapeuta (col.)  
Rodrigo Almeida - médico (col.)  
Sergio Jornada - fisioterapeuta (col.)  
Sílvia Marins Riveiro - psicóloga (col.)

Apresentação: Magda Rezende  
Coordenação: Flávia Maria Branco da Motta  
Execução do documento: Henriqueta Rezende

(Col. – Colaboradores na elaboração do trabalho)

## ÍNDICE

Abreviações .....	04
Apresentação .....	05
Atuação dos profissionais da UNIC .....	06
Atuação do médico .....	06
Atuação do fonoaudiólogo.....	07
Atuação do psicólogo.....	07
Atuação do assistente social .....	08
Atuação do nutricionista .....	08
Atuação do fisioterapeuta .....	09
Atuação do massoterapeuta .....	10
Atuação do enfermeiro .....	10
Atuação do musicoterapeuta .....	11
Controle de Sintomas .....	12
1. Agitação Psicomotora / Delirium .....	13
2. Alterações da mucosa oral .....	14
3. Anorexia .....	15
4. Antibioticoterapia .....	16
5. Ascite .....	19
6. Compressão Medular .....	20
7. Constipação intestinal .....	20
8. Convulsão .....	22
Efeitos adversos do corticóide .....	23
9. Depressão .....	23
10. Derrame Pleural .....	25
11. Diarréia .....	26
12. Dispneia .....	27
13. Distúrbio do Sono .....	29
14. Dor .....	31
15. Fadiga .....	34
16. Fratura patológica .....	36
17. Hipercalemia .....	37
18. Hiperglicemia .....	38
19. Hipertensão Arterial Sistêmica .....	39
20. Linfedema .....	39
21. Náuseas e Vômitos .....	40
22. Obstrução Intestinal .....	42
23. Radioterapia Paliativa .....	43
24. Rotinas de Curativos - Cuidados de Enfermagem ao Paciente Portador de Feridas .....	45
25. Sangramento.....	56
26. Secreção Salivar .....	57
27. Terapia Subcutânea .....	58
Tabela 1 – performance status .....	12
Referências .....	60
Anexo I – Procedimentos operacionais de enfermeiros .....	63

## **ABREVIACÕES**

AVE – acidente vascular encefálico  
BZD - benzodiazepínico  
CTI – centro de terapia intensiva  
DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica  
EAS – elementos anormais e sedimentos  
Gt - gota  
Hb - hemoglobina  
IAM – infarto agudo do miocárdio  
ICC – insuficiência cardíaca congestiva  
IECA – inibidor da enzima conversora angiotensina  
IM - intramuscular  
ITU – infecção do trato urinário  
IV/EV – intravascular / endovenoso  
Kg - quilograma  
Mg - miligrama  
ml - mililitro  
MMII – membros inferiores  
RXT – radioterapia  
SC - subcutâneo  
SF – soro fisiológico  
SG – soro glicosado  
SNC – sistema nervoso central  
TGI – trato gastro intestinal  
TGU – trato genito urinário  
VO - oral

## APRESENTAÇÃO

O **Manual de Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer** é um instrumento de trabalho elaborado pela equipe da UNIC – Unidade de Cuidados, para ser utilizado por sua equipe multidisciplinar.

Ele tem os seguintes objetivos:

- Definir a *atuação e a articulação dos profissionais* nos cuidados com a pessoa doente.
- Apresentar as *condutas para controle dos sintomas* e dos quadros clínicos prevalentes, de acordo com o conhecimento e a experiência da equipe e com base nos conhecimentos técnico-científicos atuais.

A **UNIC – Unidade de Cuidados** é um serviço de saúde que oferece assistência multidisciplinar em cuidados paliativos, especialmente em domicílio, a pacientes com câncer.

**Os Cuidados Paliativos** são oferecidos aos doentes para os quais as terapêuticas curativas disponíveis não estão conseguindo deter a evolução da enfermidade, o que prejudica a sua qualidade de vida levando, gradativamente, a grandes limitações.

Têm como foco a melhoria da qualidade de vida do paciente e não o seu tempo de vida que, no entanto, pode ser indiretamente prolongado, em virtude do controle das complicações da doença principal e das outras doenças concomitantes - as co-morbidades.

Como são oferecidos num momento muito delicado, dirigem-se não apenas às necessidades físicas, mas também às necessidades psicossociais e emocionais. Considerando o sofrimento da pessoa nessa fase da doença, pela multiplicidade de sintomas que apresenta, estes “cuidados especiais” demandam, além da capacidade técnica dos profissionais que a acompanham, atenção, carinho, compaixão, empatia, respeito, equilíbrio, escuta ativa e comunicação eficaz.

Em virtude das mudanças freqüentes do quadro clínico o paciente necessita, permanentemente, de cuidados e terapias diversas, que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar ou em domicílio, recomendando-se que permaneça no local onde possa receber alívio e conforto e onde possa desfrutar “do que ainda lhe dá prazer”. Onde possa manter alguma motivação para viver, apesar de todas as limitações que apresenta. Sua participação e a da família na tomada das decisões é fundamental, em todos os momentos.

Como o foco da assistência é a qualidade de vida da pessoa doente, e não a doença base, tudo o que puder trazer alívio ao paciente deve ser-lhe oferecido, evitando-se as terapêuticas denominadas fúteis, que causam sofrimentos adicionais e não oferecem resultados eficazes, em curto prazo e possíveis de serem mantidas pelo tempo necessário.

Como o processo de morrer se configura mais concretamente e, para o qual, o paciente e os membros da família, ou as pessoas que cumprem esse papel muito raramente estão preparados, torna-se necessário o acompanhamento e controle permanente dos sintomas psicológicos. A família, ao perceber o sofrimento e a possibilidade de uma perda iminente, tende muitas vezes a se desestruturar, razão pela qual também necessita de apoio e orientação. Ela é fundamental nesse momento e deve atuar de forma sinérgica com a equipe de saúde, buscando a meta comum que é melhorar a qualidade de vida do seu ente querido, trabalhando com - O HOJE - e lutando por - UM DIA A MAIS, MELHOR.

O paciente é encaminhado à UNIC no momento em que ele necessita desse tipo de abordagem, pelos médicos que oferecem os tratamentos oncológicos específicos, ou pelos gerenciamentos dos planos de saúde aos quais a UNIC presta serviços.

A equipe da UNIC conta com as especialidades mais úteis neste estágio da doença. Seus profissionais se apóiam mutuamente, trocando conhecimentos e respeitando a liderança que cada um alcança na construção do vínculo com o paciente e a família, essenciais no relacionamento: profissional - paciente - família.

Para a definição do Plano de Cuidados Paliativos – PCP de cada paciente, os profissionais da UNIC mantêm discussões periódicas, que contribuem para o seu crescimento profissional e para a conscientização permanente da importância do trabalho que desenvolvem, essenciais para o êxito do atendimento.

Os oncologistas ou outros médicos que acompanham o paciente também participam das decisões e são informados constantemente sobre a evolução da doença e o estado clínico do paciente.

Toda a equipe participa da elaboração dos protocolos, normas técnicas e dos procedimentos adotados na UNIC.

## **ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE / UNIC**

A Organização Mundial de Saúde - OMS, com base nos avanços da pesquisa psicológica, médica e fisiológica, definiu a saúde como "um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade", (OMS, 2002). A partir disso, surgiu um novo modo de pensar sobre saúde e doença, que nos coloca em posição de procura de novas parcerias para dar conta dessa complexidade que é a assistência e o tratamento de sujeitos singulares, adoecidos, tornando-os o foco de estudos e pesquisas, com o objetivo de minimizar o sofrimento. Este novo conceito de saúde exigiu novos processos de especialização, redefiniu novas áreas de atuação e, como consequência, o aparecimento de vários grupos de profissionais e a criação de um Modelo Biopsicossocial de Atenção (Engel, 1976, 1977, 1980, 1987), onde a saúde e a doença são produtos de uma combinação de fatores como as características biológicas, os fatores comportamentais, os fatores psicológicos e as condições sociais.

Com base nestes conceitos a UNIC utiliza uma abordagem multidisciplinar para oferecer assistência aos seus pacientes. Sua equipe utiliza as técnicas próprias de cada profissão e especialidade, razão pela qual elas são apresentadas de forma condensada no Manual.

O acompanhamento do paciente e o da família pela equipe se faz prioritariamente em domicílio, para conforto dos mesmos e para que os profissionais tenham a possibilidade de participar do ambiente onde os cuidados são oferecidos. A periodicidade das visitas domiciliares é feita pelos membros da equipe, mediante agendamento prévio, e varia de acordo com a necessidade do paciente.

Os atendimentos de emergência, sem possibilidade de agendamento prévio, são feitos por serviços de emergência oferecidos pela seguradora, que são solicitados quando é necessário este tipo de intervenção. Nesta ocasião, a equipe da UNIC mantém contato com o serviço de emergência para as devidas orientações.

O acompanhamento pode estender-se também ao ambiente hospitalar, quando o paciente é internado, ou ser oferecido no consultório da UNIC, situado no largo do Machado nº 54, Catete, Rio de Janeiro.

Nos intervalos das visitas domiciliares os profissionais da UNIC que acompanham o paciente estão sempre alcançáveis por telefone, para solucionar dúvidas ou oferecer orientações.

### **Atuação do médico**

O paciente com câncer, quando é encaminhado para os Cuidados Paliativos, geralmente já percorreu um longo caminho desde o diagnóstico da neoplasia até o seu tratamento pelas terapêuticas especializadas disponíveis na atualidade.

Nesse período ele desenvolveu vínculos com diversos profissionais, médicos e não médicos, nos quais depositou confiança e que continuam preocupados em oferecer-lhe o melhor. No momento, estes profissionais necessitam da colaboração da equipe de Cuidados Paliativos, voltada essencialmente para o indivíduo, a pessoa doente, e menos para a doença, que tem sido o principal foco dos seus esforços. O médico que encaminha o paciente à UNIC envia os dados sobre o caso e as informações que ele considera importantes, mantendo-se disponível para novas orientações.

A primeira abordagem do paciente pela equipe multidisciplinar da UNIC é feita pelo médico. Ele avalia clinicamente o paciente, identifica as suas necessidades nos campos físico, psíquico e social e elabora o PCP (Plano de Cuidados Paliativos), a ser discutido e validado pela equipe. Ele mantém contato com o médico que o encaminhou, sempre que necessário, principalmente nas alterações que demandam mudanças no plano terapêutico.

Nas visitas domiciliares para acompanhamento clínico periódico, ele aprofunda a relação médico-paciente, essencial para a proposta terapêutica dos cuidados paliativos, respeitando o desejo do paciente e o da família de ampliar os conhecimentos sobre o momento que estão vivenciando. Propõe adequações ambientais da residência, para facilitar o cuidado e prevenir os riscos decorrentes da dependência funcional e esclarece e orienta os familiares e cuidadores, quando houver necessidade, ou que for solicitado.

Busca, na semiologia (estudo dos sinais e sintomas das doenças) desarmada, com o apoio da atuação multidisciplinar e familiar, a conduta mais adequada para o acompanhamento do paciente em domicílio, enquanto este for possível. Pratica a ciência médica de forma objetiva, oferecendo ao paciente os tratamentos sintomáticos disponíveis mais atuais, de acordo com as suas necessidades e foco na qualidade de vida, evitando instituir procedimentos desnecessários e fúteis, que não agregarão benefícios e resultarão em maiores sofrimentos.

Prescreve as medicações e realiza os procedimentos indicados para o controle dos sintomas da neoplasia (paracentese e outros) e das comorbidades associadas, atuando preventivamente no controle de possíveis complicações da doença e dos tratamentos prévios instituídos.

Recomenda e solicita internações, sempre que sejam indicadas intervenções e cuidados em ambiente hospitalar, mantendo acompanhamento enquanto a sua participação for necessária e autorizada pela seguradora.

Mantém-se alcançável por telefone para as orientações e informações solicitadas pelos familiares e cuidadores, inclusive nos finais de semana, e orienta os profissionais dos serviços de emergência requisitados, por ocasião de intercorrências.

O médico que se dedica aos Cuidados Paliativos reconhece a importância do seu papel onde, apesar de não oferecer a cura da doença, traz alívio e conforto, com base em conhecimentos técnico-científicos, dedicação e profissionalismo, especiais.

### **Atuação do Fonoaudiólogo**

O fonoaudiólogo, nos cuidados paliativos, em acordo com as demais técnicas propostas pela equipe interdisciplinar, acompanha e orienta a família e o paciente, com vistas à desenvolver as suas potencialidades.

Os principais quadros clínicos onde ele pode contribuir são: a dificuldade de comunicação envolvendo a fala e a audição e a dificuldade de deglutição. Sob uma ótica abrangente e humanizada, respeitando as expectativas do paciente e o contexto final do cuidado, ele avalia a linguagem, a voz, a audição, a motricidade orofacial e a deglutição.

Concentra-se nas alterações destas funções, buscando reabilitar ou re-adaptar o indivíduo, a partir da identificação das alterações anatômicas e funcionais da região cervical, da face e dos órgãos fono-articulatórios.

A linguagem, uma capacidade específica do ser humano, é uma parte importante do sistema de comunicação, que utiliza a percepção, a compreensão e a produção da atividade motora de articular as palavras - a fala propriamente dita. O acompanhamento fonoaudiológico permite o desenvolvimento de estratégias de comunicação compensatórias, que auxiliam na integração familiar, na manutenção da auto-estima e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida.

A deglutição é um processo sistemático fisiológico, que transporta a saliva ou os alimentos da boca até o estômago. A disfagia é a dificuldade de executar esta função e pode contribuir para a desidratação, a desnutrição e a pneumonia por broncoaspiração.

O atendimento fonoaudiológico observa sinais sugestivos de riscos na deglutição como: tosse e engasgos antes, durante e após as refeições; o tempo utilizado para as refeições; a sialorréia (salivação volumosa); a dificuldade de engolir alimentos ou remédios por medo e/ou dor ao engolir; entre outros.

Com o objetivo de possibilitar a alimentação como fonte de nutrição e de prazer, o fonoaudiólogo orienta quanto a modificação da consistência dos alimentos e sobre o uso de manobras e de posturas adequadas a uma deglutição segura, minimizando as complicações pulmonares por broncoaspiração.

Os métodos e técnicas fonoterápicas buscam alternativas terapêuticas individualizadas e ao mesmo tempo globais, levando a uma maior integração social e familiar.

### **Atuação do Psicólogo**

O psicólogo, na equipe de cuidados paliativos, utiliza a escuta e a observação para avaliar o comprometimento emocional e os processos mentais do paciente e de seus familiares, ajudando na elaboração dos sentimentos que levam a desmistificação de medos, angústias e frustrações, ligados à situação de doença e de morte.

Oferece suporte visando à elucidação de conflitos e questões, atuais e anteriores, entre o paciente e os seus familiares, investigando os fatores inconscientes do comportamento, para torná-los conscientes e minimizá-los.

Procura facilitar o relacionamento do paciente e dos familiares com os demais membros da equipe da UNIC. O atendimento domiciliar, no ambiente familiar, facilita esta abordagem.



Auxilia a família a se sentir capaz de cuidar do seu parente, descobrindo o potencial que tem para assumir esse “cuidar”, ajudando na valorização do momento presente e despertando nela o sentimento e a gratificação pessoal com a tarefa de abnegação e carinho que está vivenciando. Identifica os membros da família que apresentam maior instabilidade emocional, dando a eles suporte adequado para se reestabilizarem emocionalmente, diminuindo a ansiedade e superando o momento que estão vivenciando.

Incentiva o doente a elaborar projetos de curto prazo, com base em pesquisas que mostram pacientes terminais se agarrando à vida, de modo significativo, quando ainda têm projetos inacabados ou desejáveis de realização e, que o medo da morte, na verdade, é o medo de não poder viver o que ainda deseja.

Acompanha o paciente e os familiares durante a progressão da doença, auxiliando numa melhor aceitação do momento que estão vivenciando e acompanha a família durante o período do luto.

Acolhe e oferece suporte psicológico aos demais membros da equipe, que também sentem as perdas, pois se afeiçoam aos pacientes que acompanham e não podem sentir-se impotentes diante do desfecho final.

### **Atuação do Assistente Social**

O Assistente Social integra a equipe de Cuidados Paliativos orientando o acesso aos serviços e benefícios disponíveis ao paciente nessa fase da doença, com foco na sua qualidade de vida. Por meio da avaliação social identifica o perfil do paciente, a sua situação social e trabalhista e se ele e os familiares ou cuidadores, conseguiram internalizar os princípios dos Cuidados Paliativos.

A sua atuação profissional é norteadada pela Política Nacional de Humanização e o Código de Ética Profissional e contribui para o acolhimento do paciente e o da família pela equipe multidisciplinar, passo essencial para a efetivação dos cuidados e dos atendimentos oferecidos.

A avaliação social é um instrumento de trabalho utilizado pelo Assistente Social no momento em que o paciente se vincula à Unidade, e tem por objetivo conhecer a dinâmica familiar e orientar os usuários na utilização dos serviços da UNIC.

Ele trabalha respeitando a autonomia do paciente, abordada como um direito. Procura identificar o que mais o preocupa e à família, assim como o desejo de ambos de aprofundarem os conhecimentos sobre a doença e o momento que estão vivendo, transmitindo estas informações à equipe da UNIC. Levanta as condições da família para manter o paciente em casa e como ela se organizou para fazê-lo.

As dificuldades apresentadas pelos usuários na vivência desse processo de adoecimento são analisadas junto com eles e são orientados quanto aos recursos oferecidos pela UNIC, pelo Plano de Saúde e pelas Políticas de Proteção Social.

São oferecidas orientações sobre procurações, atestados, auxílio-doença, aposentadorias, isenção de impostos, saques do FGTS e do PIS/PASEP, garantidos por lei aos pacientes com câncer ou doenças crônicas e sobre óbito.

Os atendimentos subseqüentes são realizados quando surgem novas demandas e quando os usuários apresentam maior dificuldade para realizar o plano de cuidados em residência.

### **Atuação do Nutricionista**

Inserido na equipe multidisciplinar da UNIC, o nutricionista não visa à recuperação do estado nutricional ou o ganho de peso do paciente, mas sim, o alívio dos sintomas que estão ligados diretamente à alimentação, principalmente os gastrintestinais, tendo em vista que nessa fase da doença é muito difícil recuperar o estado nutricional do organismo. O seu objetivo primordial é a melhora da qualidade de vida.

A escolha do paciente é sempre levada em consideração no plano de cuidados, respeitando-se os princípios da bioética, em especial o da autonomia, assim como a participação direta dos cuidadores e familiares.

A caquexia do câncer, muito comum nesta fase da doença, é caracterizada, principalmente, pela perda progressiva de peso e a anorexia (falta de apetite). Frequentemente estes pacientes têm problemas como: disfagia (dificuldade de deglutição), odinofagia (dor à deglutição), disgeusia (alteração do paladar), mucosite (inflamação da mucosa oral), náuseas e vômitos, dispnéia (falta de ar) e outros sintomas que podem levar à redução do consumo alimentar, muitas vezes prejudicado por problemas específicos da localização do tumor e dos tratamentos realizados.

A orientação nutricional propõe as condutas adequadas às queixas do paciente. Ela utiliza as vias de alimentação acessíveis: oral ou enteral (por meio de catéteres ou ostomias, diretamente no trato digestivo), observa as comorbidades associadas e as intolerâncias alimentares - dados obtidos por meio de uma

anamnese alimentar detalhada - propondo a consistência e o volume da dieta. As restrições alimentares são feitas somente na presença de sintomas e se a ingestão não estiver alterada.

A antropometria (utiliza as medidas físicas do corpo) como diagnóstico do estado nutricional de pacientes com câncer avançado traz desvantagem se estes apresentarem retenção hídrica e edema, pois disfarçam a detecção da perda muscular, o que mais contribui para a sua incapacidade funcional, inclusive psicologicamente, devido às alterações na auto-imagem.

De acordo com a "performance status" (medida usada para quantificar o bem-estar geral dos pacientes), em algum momento do tratamento pode ocorrer a suspensão ou a não indicação da alimentação por via oral ou alternativa, com o objetivo de não causar sofrimento ou piorar o quadro clínico, evitando a futilidade terapêutica, e priorizando o conforto. Nestes casos, a discussão envolve toda a equipe multidisciplinar e os cuidadores e familiares que participam dos cuidados.

A alimentação deve ser fornecida conforme a tolerância, juntamente com o suporte emocional, respeitando as necessidades e as preferências individuais. Dessa forma, os aspectos agradáveis da alimentação devem ser enfatizados e os esforços voltados para transformar o momento das refeições em algo prazeroso e sociável, sem a preocupação com o teor de nutrientes e energia.

O nutricionista demonstra a sua preocupação com o paciente, estando sempre disponível quando solicitado, orientando para a realização de "desejos" dentro do possível, e fazendo todo o esforço para remover o medo e aliviar o sofrimento. Deixa bem claro para ele que, mesmo nessa modalidade de tratamento, está sendo cuidado.

### **Atuação do Fisioterapeuta**

O paciente, nessa fase da doença, comumente é frágil e as suas funções vão declinando até não mais se recuperarem. O estado de fragilidade o leva à incapacidade para realizar as atividades importantes da vida e as tarefas habituais do dia-a-dia, o que prejudica a sua qualidade de vida.

A avaliação do paciente, realizada pelo fisioterapeuta, é abrangente e observa sinais e sintomas como: dor, linfedema, dispnéia, fadiga, alterações neurológicas etc.. Atenta para que fatores importantes não passem despercebidos e para as limitações funcionais que influem na tomada de decisão. Ele ouve as queixas e as necessidades do paciente, discute o caso clínico com a equipe multidisciplinar e desenvolve o plano terapêutico, esclarecendo as ações a serem desenvolvidas à família.

A imobilidade, situação comum, pode levar ao comprometimento gradual do condicionamento físico e da força muscular, bem como da flexibilidade e da capacidade aeróbica, predispondo ao desenvolvimento da síndrome de imobilização. Esta, uma vez instalada, pode levar ao comprometimento da coordenação motora, à retração dos tendões com redução da amplitude de movimento articular e à atrofia dos músculos, que passam a apresentar pontos de dor, demonstrando a necessidade da atuação paliativa do fisioterapeuta.

Uma das metas do fisioterapeuta é a preservação da função motora do paciente, adiando a instalação das incapacidades decorrentes da imobilidade resultante da doença, e das co-morbidades associadas. Com as técnicas de reabilitação, ele pode ajudar o indivíduo a alcançar uma maior independência funcional, aproveitando as suas potencialidades e respeitando as suas limitações.

A cinesioterapia, ou movimento terapêutico, o principal instrumento da fisioterapia, permite restaurar ou melhorar o desempenho funcional dos segmentos corporais comprometidos, ajudando o paciente a alcançar maior independência funcional.

A fisioterapia possui um enorme arsenal de técnicas, para a melhora da sintomatologia e da qualidade de vida. Dentre as intervenções para o alívio da dor utiliza a eletroterapia com o TENS, a aplicação do frio, as terapias manuais, a massagem etc.

Na fadiga ela atua no manejo dos sintomas e na sua prevenção, por meio do equilíbrio da atividade e do descanso.

No manejo do linfedema a fisioterapia tem um papel relevante, tanto na prevenção quanto no tratamento, por meio de técnicas bem descritas e aceitas na literatura científica, como a Terapia Física Complexa - TFC, que inclui a drenagem linfática, entre outros tratamentos.

Alterações pulmonares como a dispnéia, a atelectasia (fechamento total ou parcial dos alvéolos), o acúmulo de secreções e outros sintomas ou complicações respiratórias podem ser prevenidos, tratados ou aliviados, por meio da fisioterapia respiratória.

Nos sintomas psicofísicos, as técnicas de relaxamento podem ser proveitosas e realizadas em conjunto com o psicólogo.

Nas alterações neurológicas seus objetivos são corrigir as alterações da postura e do equilíbrio, melhorar a coordenação motora, manter a força muscular e evitar encurtamentos.

O fisioterapeuta, nos cuidados paliativos, busca controlar os sintomas, educar e orientar os cuidadores e familiares, maximizar as habilidades funcionais e manter o máximo possível a autonomia do paciente, visando a sua independência funcional.

Ele valoriza as pequenas realizações do dia a dia e as divide com o paciente, com os seus familiares e com a equipe multidisciplinar.

### **Atuação do massoterapeuta**

A massoterapia é uma técnica utilizada com o objetivo de proporcionar o alívio da dor, da tensão muscular, da ansiedade e do estresse, harmonizando a psique e promovendo o relaxamento. É feita com as mãos, por meio da manipulação dos tecidos moles do corpo, com a aplicação rítmica de pressão e estiramento, para produzir efeitos benéficos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso. Produz a estimulação mecânica dos receptores sensoriais, produzindo sensação de prazer ou bem-estar. A manobra de estiramento reduz a tensão sobre os músculos e produz relaxamento muscular.

O massoterapeuta na UNIC aplica os conceitos de racionalidade da Medicina Tradicional Chinesa, onde as informações do corpo estão contidas em microssistemas, como pés e orelhas, utilizando a técnica da Reflexologia Podal e da Auriculoterapia.

### **Atuação do enfermeiro**

As ações do enfermeiro compreendem, em sua essência, o cuidado em si, independente do objetivo do tratamento ser preventivo, curativo, de reabilitação ou paliativo. A enfermagem é a arte de cuidar de doentes, com compromisso, sinceridade e conhecimento técnico-científico, necessária a todo ser humano em algum momento ao longo da sua vida.

Nos cuidados paliativos o enfermeiro desenvolve ações de diferentes abrangências quando o paciente encontra-se internado ou em domicílio onde, na maioria das vezes, ele é acompanhado por cuidadores - familiares ou não - ou técnicos de enfermagem. Neste ambiente ele traça o plano de cuidados, orienta o uso das medicações, de acordo com a prescrição médica, para facilitar a sua administração a intervalos, faz e orienta a realização de curativos, coloca sondas e cateteres - orientando sobre o seu manuseio diário - aplica hidratação parenteral e subcutânea, entre outros.

Orienta sobre a adequação da residência para facilitar a mobilização do doente e sobre os cuidados de higiene a serem oferecidos e mostra a importância de proporcionar-lhe um ambiente agradável e organizado.

Apesar das diversas limitações e incapacidades que o paciente apresenta nessa fase da doença, o enfermeiro, por meio da demonstração e da educação, procura estimular e promover as adaptações necessárias ao auto-cuidado, em respeito à preservação da autonomia e da dignidade humana, favorecendo o desenvolvimento das suas habilidades que possam contribuir para o bem estar.

Para tal, ele orienta o paciente e o cuidador, na prática das ações, apoiando-os física e psicologicamente, sempre que necessário, tendo como principal objetivo o cuidado integral.

Em determinadas situações, promover as condições e estimular o auto-cuidado pode ser um processo árduo e negado pelo próprio paciente e seus familiares, porque as sequelas da doença ou das terapêuticas instituídas previamente podem provocar alterações na autoconfiança, na auto-imagem e na auto-estima do doente, que perde a vontade de lutar. Muitas vezes, ele tem que ser estimulado e educado a cuidar de uma colostomia, ou de uma traqueostomia, situações desconhecidas e adversas à sua condição prévia de saúde e bem-estar.

Muitos pacientes se lamentam pelo fato de sempre terem usufruído de uma vida saudável, e hoje encontrarem-se em situação de dependência de outros.

O enfermeiro, assim como toda a equipe de cuidados paliativos, tem uma sensibilidade e conhecimentos especiais, necessários para lidar com estas situações. Ele precisa amar a sua profissão e amar ao próximo, "de gostar de gente" e sua recompensa vem quando, diante das experiências com estas pessoas, evolui espiritualmente como ser humano, valorizando a vida e lutando por ela.

### **Atuação do musicoterapeuta**

O musicoterapeuta que atua em Cuidados Paliativos tem como metas facilitar a expressão emocional dos pacientes, promover o alívio das ansiedades e da depressão e diminuir a sensação de isolamento e de dor.

A música, no processo terapêutico, tem um potencial transformador, visto que, sendo uma linguagem acessível à maioria das pessoas, pode ser facilmente compartilhada. Por meio dela resgata-se lembranças, fortalece-se vínculos familiares e é oferecido um espaço seguro de escuta e acolhimento. A música estimula o corpo de forma prazerosa e atua saudavelmente, de forma inseparável, na psique. No momento em que a música atua, o estar doente se torna secundário e a sensação de potência pode ressurgir.

O trabalho clínico do musicoterapeuta possibilita a construção de uma narrativa, na qual o paciente pode compartilhar a sua história, oferecendo-lhe um novo significado por meio do discurso musical, o que facilita a aderência ao tratamento. A utilização terapêutica dos elementos da música, usando técnicas específicas que incluem a escuta, a improvisação, a composição e a recriação musical, ajuda na comunicação em família, proporcionando um aumento da qualidade de vida dos pacientes, cuidadores e familiares em geral. Trabalhando em integração com a equipe interdisciplinar, o musicoterapeuta também pode auxiliar na reabilitação motora e na preservação de habilidades cognitivas do paciente.

Nos atendimentos domiciliares, o musicoterapeuta leva os instrumentos musicais necessários ao seu trabalho e utiliza músicas já existentes ou improvisadas, por ele ou pelo paciente, que também é estimulado a compor. Nas sessões, é utilizado qualquer tipo de música: canções de ninar, infantis, populares, hinos religiosos, músicas clássicas, instrumentais, assim como qualquer música que o paciente traga ou peça. Além de músicas estruturadas, pode ser trabalhado qualquer tipo de som vocal, corporal, da natureza, da vida diária e de instrumentos musicais.

Na Musicoterapia, o mais importante não é a qualidade da música nem o nível de execução, e sim a identificação e a comunicação frente às experiências musicais, intensificando o que já existe em cada pessoa, ajudando-a na elaboração e transformação, necessárias ao enfrentamento desse momento da doença.

## CONTROLE DE SINTOMAS

As condutas para controle dos sintomas e dos quadros clínicos prevalentes nos pacientes oncológicos, na fase avançada da doença serão apresentadas neste Manual, por ordem alfabética. Foram elaborados com base nos conhecimentos técnico-científicos atuais e de acordo com a experiência da equipe multidisciplinar da UNIC que, com o seu caráter multidisciplinar, busca alcançar os resultados esperados de melhora da qualidade de vida dos pacientes sob os seus cuidados.

Ao longo das exposições serão feitas referências à "performance status" (condição de desempenho) dos pacientes, uma medida relacionada à tentativa de quantificar o bem estar geral dos mesmos, ou a forma como eles desempenham as suas tarefas habituais e as atividades de vida diárias. Ela é apresentada na Tabela 1, com a correspondência entre duas classificações utilizadas no meio oncológico: a de Karnofsky e a de ECOG / WHO / Zubrod.

A classificação de Karnofsky é um sistema de escore que distribui os pacientes em uma escala de 0 a 100, onde 100 corresponderia à "saúde perfeita" e 0 à morte. Recebe este nome em homenagem à David A. Karnofsky que, juntamente com Joseph H. Burchenal, descreveram o sistema em 1949.

A classificação de Zubrod, publicada em 1982, distribui os pacientes em uma escala de 0 a 5, onde 0 corresponde a uma saúde perfeita e 5 à morte.

**Tabela 1 – Performance status – equivalência entre as classificações de Zubrod e Karnofsky**

ESCALA DE ZUBROD		ESCALA DE KARNOFSKY	
Estadio	Atividades	%	Atividades
0	Normal	100	Nenhuma queixa, ausência de evidência da doença.
1	Apresenta sintomas da doença, mas deambula e leva o seu dia normal	90	Capaz de levar vida normal, poucos sinais ou sintomas da doença.
		80	Aguns sinais ou sintomas da doença, com o esforço.
		70	Capaz de cuidar de si mesmo, incapaz de levar as suas atividades normais ou de exercer trabalho ativo.
2	Fora do leito mais de 50% do tempo	60	Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de realizar a maioria de suas atividades.
		50	Requer ajuda e cuidados médicos frequentes.
3	No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	40	Incapaz, requer cuidados e assistência especiais.
		30	Muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente.
4	Preso ao leito	20	Muito debilitado; requer hospitalização, medidas ou tratamento de suporte.
		10	Moribundo. Processos letais progredindo rapidamente
5	Morte	0	Morte

## **1. AGITAÇÃO PSICOMOTORA AGUDA OU DELIRIUM**

É um distúrbio do nível de consciência, com redução da capacidade de atenção e alteração da cognição (memória, orientação, linguagem e percepção). Tem início agudo, curso flutuante e evidência de etiologia orgânica. Pode incluir a disfunção global da cognição, flutuação da atenção e da consciência, alteração do sono e do comportamento, prejuízo da memória e do pensamento, ilusões e alucinações, sintomas associados de ansiedade, de medo e manifestações autonômicas. Geralmente, as manifestações predominam à noite.

É uma condição clínica muito frequente, principalmente em pacientes idosos. Deve ser considerada como uma urgência médica, pois pode ser a única manifestação do agravamento da doença preexistente. Agrava o declínio funcional e cognitivo, com prolongamento da hospitalização e maior dependência, piorando a qualidade de vida do indivíduo e de sua família, com consequente impacto individual e econômico. Apesar de sua importância, estima-se que em 36 a 67% dos casos o delirium não é reconhecido por profissionais de saúde.

### **Principais causas**

Déficit cognitivo prévio; doença clínica grave ou múltiplas doenças sobrepostas à neoplasia, uremia, déficit sensorial visual ou auditivo, depressão e história de alcoolismo.

### **Fatores desencadeantes**

Dor, infecções (principalmente pneumonias e ITU), hemorragia, ICC e IAM, doenças do SNC (incluindo metástases cerebrais), doenças pulmonares (causando hipóxia), distúrbios metabólicos e hidroeletrolíticos (principalmente desidratação, hipoglicemia e alteração do sódio e cálcio), retenção urinária e fecal, álcool e medicamentos (seja por intoxicação ou abstinência).

As principais medicações que podem causar delirium são: Opióides, Hipnóticos-sedativos, Anticolinérgicos, Corticóides, Antidepressivos, Anticonvulsivantes, Hipotensores, Antibióticos, Antiparkinsonianos, Antipsicóticos, Bloqueadores H2 e Digitálicos. Geralmente, o delirium é mais comum quando o uso do medicamento é crônico e em dose alta.

Durante a internação hospitalar outros fatores importantes são: restrição física, má nutrição e hidratação, uso simultâneo de mais de três drogas, presença de cateter vesical, internação em CTI, pós-operatório, estresse psicológico, ambiente não-familiar e privação do sono.

### **Conduta terapêutica**

Fazer uma avaliação clínica global e solicitar exames complementares conforme a necessidade (hemograma, eletrólitos, função renal, RX tórax, EAS, culturas, entre outros).

- Corrigir e evitar, na medida do possível, os fatores-desencadeantes. Reduzir ou suspender o uso de drogas. Se em uso de opióide, promover rotulagem do mesmo; se após suspensão do corticóide, retornar à dose prévia.
- Antecipar a solução de problemas potenciais
- Esclarecer o paciente e a sua família sobre o quadro clínico e a necessidade de manter a capacidade funcional para realização de suas atividades de vida diária.
- Estabelecer medidas para orientação e estímulo cognitivo permanente. Diante do sintoma de desorientação temporo-espacial, auxiliar o paciente com a exposição de relógios, calendários, indicação regular do local onde ele se encontra, identificação do profissional e do tipo de abordagem a ser realizada, promoção da harmonização do ambiente familiar
- Mobilizar com frequência
- Reduzir o ruído e as luzes noturnas.
- Evitar cateter urinário e tratar a constipação.
- Recomendar o uso de óculos e próteses auditivas.

- Estimular uma boa alimentação e hidratação.
- Tratamento farmacológico - está indicado apenas nos casos de agitação grave, com risco para o paciente.
  - Benzodiazepínicos – seu uso se restringe aos casos associados à abstinência de álcool ou BZD.
  - Haloperidol (Haldol) – em casos leves iniciar com 0,5 mg, VO / dia e titular a dose conforme a necessidade. Nos casos mais graves fazer 2,5 a 10 mg, SC ou IM / dia . Administrar IV apenas em casos em que há necessidade de efeito imediato.
  - Risperidona (Risperdal ou Risperidon) – provocam menos efeitos extrapiramidais que o Haloperidol. Iniciar com dose baixa, 0,5 mg, VO / dia .
  - Também podem ser utilizados outros antipsicóticos atípicos: Olanzapina (Zyprexa) na dose de 2,5 a 5 mg VO/ dia até 10 mg/dia e Quetiapina (Seroquel) na dose inicial de 25 mg VO /dia até 400 mg/dia.
  - Midazolam (Dormonid) – 7,5 até 30 mg, VO / dia (IV ou SC apenas em casos graves, pelo risco de depressão respiratória).
  - Dexametasona: 16 a 36 mg, VO /dia (em metástase cerebrais)

## 2. ALTERAÇÕES DA MUCOSA ORAL

A alteração mais comum da mucosa oral em pacientes oncológicos é a xerostomia, que consiste no ressecamento da mucosa.

### Principais causas

É comum após radio e quimioterapia, mas também pode ser causada por fármacos, principalmente diuréticos, anti-histamínicos e anti-depressivos tricíclicos.

Acarreta diminuição ou perda da ingestão oral, aumenta o risco de doença periodontal, interfere no processo de comunicação causando desconforto social e predispõe a infecções, principalmente por candidíase.

### Estadiamento da candidíase na cavidade oral

ESTÁDIO	CARACTERÍSTICAS
ESTÁDIO I	Língua vermelha, papilas dolorosas.
ESTÁDIO II	Depósitos brancos ou amarelados sobre a base eritematosa, podendo evoluir para a placa esbranquiçada.
ESTÁDIO III	Língua espessa, por vezes negra, com hálito forte e nauseante.

### Conduta terapêutica

- Aumentar a ingesta hídrica.
- Manter a boca sempre úmida e utilizar substitutos da saliva. Se necessário, instituir o uso da solução salivante, ou de manteiga de cacau nos lábios. Não usar vaselina porque é hidrofóbica.
- Higiene bucal com escovação de dentes e língua e aplicação de flúor. Utilizar escova de dente pediátrica macia. A higiene bucal freqüente é capaz de promover conforto, controle do odor, do exsudato e melhorar a auto-estima e a auto-imagem.
- Controle do pH com lavagem da boca com água bicarbonatada a 14/1000, depois de cada refeição

- Optar pelo uso do cotonete para a higiene oral, em caso de sangramento
- Realizar higiene diária da prótese dentária, se presente, bem como, avaliar a sua adaptação adequada na boca.
- Evitar alimentos ácidos, condimentados e com taxa elevada de glicose.
- Preferir alimentos gelados e de consistência líquido/pastosa. Oferecer gelo para chupar ou sorvete. Aumentar a salivação com o uso de chicletes sem açúcar.
- Evitar jejum prolongado, de preferência, realizar seis refeições ao dia, de forma fracionada.
- Promover formas alternativas de comunicação, diante da dificuldade de falar.
- Controlar a dor.
- Rever as medicações em uso.
- Tratamento farmacológico:

Úlcera infectada - Metronidazol 250mg, VO / 8/8h por 7 dias

Mucosite - Nistatina 5 a 10 ml, com 5 ml de Lidocaína gel, em 10 ml de água (diluir, bochechar e engolir) / 4 vezes ao dia.

Candidíase - Nistatina 3 conta-gotas, VO / 4 a 5 X dia, e /ou Fluconazol 150 mg, VO / dose única

Herpes Zoster e Simples - Acyclovir 200 mg, VO / 5 X dia / 5 dias.

Estomatite aftosa - corticóide tópico

### 3. ANOREXIA

A perda do apetite é um sintoma muito comum em pacientes com câncer avançado, estando presente em 65% a 85% dos casos.

O ato de alimentar o paciente possui forte relação com a manutenção da vida. A impossibilidade de alimentar, seja em decorrência da anorexia, seja pela disfagia, ou pela obstrução da via alimentar, causa intenso desconforto e sofrimento para o paciente e seus familiares.

#### Principais causas

A anorexia pode estar associada às alterações metabólicas desencadeadas pela presença do tumor (hipercalcemia), às náuseas e vômitos, ao paladar modificado, ao mau estado da boca (candidíase oral), aos problemas de trânsito intestinal, à ansiedade, à dor, à impactação fecal e ao uso de fármacos.

De acordo com a *performance status* (Tabela 1) do paciente, a melhor escolha é a hidratação subcutânea para alteração da via de administração das medicações para controle dos sintomas. A alimentação perde seu enfoque relacionado diretamente com a manutenção da vida.

#### Conduta terapêutica

- Preferir alimentos frios em caso de náuseas.
- Estimular a ingestão de pequenas quantidades de alimento do agrado do paciente e a intervalos regulares (a cada 2 horas).



- Evitar restrições dietéticas. Incentivar as refeições junto com a família, fortalecendo este importante momento de troca. Utilizar os horários que sejam mais adequados ao paciente.
- Recorrer à imaginação e à criatividade com o uso das cores, louça agradável à vista, ervas finas e outros artifícios de decoração, para tornar o alimento atrativo para o paciente.
- Preferir alimentos frios em caso de náuseas.
- Levar em consideração, no processo de decisão da terapêutica a ser instituída, a patologia, o estágio da doença, o estado nutricional e a taxa de albumina.
- Lavar a sonda com, no mínimo, 20 ml de água, antes e após a alimentação ou medicação;
- Manter a cabeceira do leito elevada, durante a administração do alimento, ou do líquido, incluindo os trinta minutos após, para evitar broncoaspiração;
- Administrar uma medicação de cada vez;
- Os alimentos e a água devem estar na temperatura ambiente e em consistência adequada para evitar que a sonda entupa;
- Seguir as orientações da nutricionista da UNIC acerca do preparo artesanal dos alimentos;
- Caso possível, permitir que o paciente prove o alimento e que o mesmo seja, eventualmente, cuspidado logo após.
- Não oferecer alimento via oral para pacientes comatosos;
- Realizar higiene oral conforme orientado anteriormente;
- Apoiar a família neste momento em que a função de alimentação está prejudicada, acolhendo os seus temores, as suas dúvidas, e os seus medos, estando disponível para escutar e informar, sempre que necessário.
- Indicar vias alternativas de alimentação – após discussão com a equipe multiprofissional, o paciente e a família, sendo sempre respeitada a vontade destes; quando o paciente não puder responder por si mesmo. Toda decisão deve ser negociada com o paciente, e nada deverá ser feito contra a sua vontade. A instalação de um cateter enteral, para alimentação e hidratação, está indicada quando houver a possibilidade de melhora imediata dos sintomas, para corrigir uma carência alimentar provisória ou para evitar outras complicações. Em usos prolongados, a gastrostomia é mais indicada, pois preserva a auto-imagem e diminui o risco de broncoaspiração.
- Orientar os familiares e cuidadores acerca dos cuidados com a via alternativa para alimentação
- Tratamento farmacológico:
  - Corticóide – (ação anabolizante) dexametasona 6 mg/dia ou prednisona 5 a 15 mg/dia VO – por curto prazo, cerca de 1 mês.

Metoclopramida - (favorece o esvaziamento gástrico) 10 mg VO antes das refeições.

Megestrol – (ação anabolizante) 160 mg/dia VO.

#### **4. ANTIBIOTICOTERAPIA**

Em alguns casos, a infecção é parte natural do processo de morte e o uso de antibióticos não altera o prognóstico. É importante ressaltar que o uso de antibióticos pode provocar reações adversas e, por isso, a decisão de utilizá-los deve ser baseada na evidência de uma infecção tratável.

As alterações laboratoriais são comuns em pacientes com câncer avançado. Desta forma, leucocitose com desvio para esquerda no diferencial de células brancas só autoriza a iniciar antibioticoterapia se o paciente estiver sintomático e for se beneficiar do procedimento. Isto também se aplica à bacteriúria que é comum nestes pacientes e sempre presente naqueles com cateterismo de demora. Estes indivíduos só devem ser tratados se houver sintomas de infecção do trato urinário (febre e disúria).

A seguir são apresentadas sugestões de antibioticoterapia para início empírico, nos casos em que a literatura tradicional indica o germe provável. Sempre que possível, no entanto, é aconselhável realizar a coleta de material para cultura, a fim de conhecer o quantitativo de colônias bacterianas e instituir o tratamento específico. Como na maioria dos casos não é possível aguardar estes resultados, inicia-se o tratamento empírico e depois o antibiótico é reavaliado, tentando sempre diminuir o espectro, para evitar resistência antimicrobiana.

A avaliação da eficácia do tratamento proposto decorre, principalmente, da resposta clínica, mas também da laboratorial específica. As imagens radiológicas são as que mais demoram a serem revertidas e não está indicado repetir radiografia de tórax em caso de melhora dos sintomas. Em alguns casos, é indispensável realizar correções de dose em relação à função renal ou hepática.

### **Conduta terapêutica nos principais quadros infecciosos**

#### **• Pneumonias**

Comunitária - Amoxicilina +/- Clavulanato, Azitromicina, Fluoroquinolona (Levo ou Gatifloxacin), Cefalosporinas de segunda geração (Cefprozil ou Cefuroxime). Avaliar a cobertura para anaeróbios em casos de broncoaspiração.

No paciente hospitalizado - Ceftriaxone +/- Macrolídeos (Azitromicina ou Claritromicina), Ceftazidime, Ticarcilina com Clavulanato, Piperacilina com Tazobactam e Carbapenêmicos (Mero ou Imipenem), conforme a gravidade.

No paciente neutropênico - Cefepime, Piperacilina com Tazobactam e Meropenêmicos. Associar Vancomicina se houver história de MRSA e possível infecção por via venosa. Considerar fungos e avaliar início de Fluconazol. Descartar tuberculose.

#### **• Infecções urinárias**

Baixa: Sulfametoxazol -Trimetoprim (SMT) - a resistência já ultrapassou 20%), Quinolonas (Norfloxacin e Ciprofloxacin), Nitrofurantoína. Penicilinas apenas se guiadas pelo antibiograma.

Alta: Quinolonas (Ciprofloxacin, Levofloxacin, Gatifloxacin). Em casos selecionados: Cefalosporinas de terceira geração, Ampicilina + Gentamicina, Piperacilina com Tazobactam e Carbapenêmicos, conforme a gravidade e o grau de resistência.

#### **• Úlceras de decúbito:**

O tratamento antimicrobiano só está indicado quando houver celulite extensa ou ter como origem um quadro séptico. Usar Cefalosporinas + Metronidazol ou Clindamicina; Ampicilina + Amicacina + Metronidazol (maiores efeitos colaterais e resistência com este esquema); Piperacilina com Tazobactam e Carbapenêmicos, conforme a gravidade e o grau de resistência. Não realizar swab, pois é sempre polimicrobiano. Se necessário, enviar uma biópsia do tecido para cultura.

#### **• Colangite e colecistite**

Ampicilina + Amicacina +/- Metronidazol; Cefalosporina de terceira geração +/- Metronidazol; Ampicilina com Sulbactam; Ticarcilina com Clavulanato, Piperacilina com Tazobactam e Carbapenêmicos, conforme a gravidade.

#### **• Diarréia**

Apenas se houver piora importante do estado geral, febre, hemorragia, desidratação e curso prolongado.

Sulfametoxazol -Trimetoprim (SMT) e Ciprofloxacin (sem uso de antibiótico prévio); Metronidazol ou Vancomicina (quando tiver sido usado antibiótico prévio e em caso de suspeita de colite pseudomembranosa).

#### **• Diverticulite**

Sem perfuração – Ciprofloxacin ou ceftriaxone + metronidazol;

Com perfuração, peritonite ou abscesso – Ampicilina com Sulbactam, Ticarcilina com Clavulanato, Piperacilina com Tazobactam e Carbapenêmicos.

- **Celulite e erisipela**

Não complicada – Cefalexina, Cefazolina, Amoxicilina com Clavulanato.

Complicada – Cefalosporina de segunda ou terceira geração, Carbapenêmicos.

Recorrente com linfedema - Penicilina Benzatina (1.200.000UI IM a cada 2 a 4 semanas).

- **Infecções do ouvido**

Cefalosporinas ou Amoxicilina +/- Clavulanato.

- **Mastoidite**

Cefotaxime ou Ceftriaxone ou Oxacilina.

- **Cavidade oral**

Celulite – ceftriaxone, Amoxicilina com Clavulanato Clindamicina.

Estomatite herpética - acyclovir (100 a 200 mg 6/6h VO).

- **Sinusite**

Amoxicilina com Clavulanato, Azitromicina, Cefalosporinas de segunda e terceira geração.

- **Candidíase**

Fluconazol ou, em casos de cultura com sensibilidade específica, Anfotericina B.

Nistatina tópica.

- **Tuberculose**

Encaminhar o paciente ou familiar ao posto de saúde mais próximo para notificação, orientações e recebimento dos medicamentos específicos.

### **Falhas passíveis de ocorrerem na antibioticoterapia**

- Seleção inadequada da droga ou da via de administração;
- Drenagem incorreta de abscesso;
- Superinfecção e associação, não identificada, de 2 ou mais agentes etiológicos;
- Resistência à droga instituída;
- Imunodeficiência do paciente;
- Erro de diagnóstico - causa não infecciosa.

## 5. ASCITE

Ascite é o acúmulo patológico de líquido na cavidade peritoneal. Apresenta-se inicialmente como um desconforto abdominal não específico, associado a emagrecimento e aumento da circunferência abdominal, podendo ser acompanhado de náuseas ou vômitos, geralmente relacionados à causa subjacente.

### Principais causas

A causa mais comum é a hipertensão portal, secundária à doença hepática crônica (80% dos casos). No restante, as causas mais comuns nos pacientes com câncer avançado são: a tuberculose peritoneal, as doenças inflamatórias do peritônio, as rupturas de ductos digestivos auxiliares (pancreático, biliar, quiloso) e a ascite por neoplasia no abdome, (primária ou metastática) foco deste trabalho. Dois terços dos casos de ascite maligna ocorrem por carcinomatose peritoneal em neoplasias de ovário, útero, pâncreas, cólon, pulmão e mama. O restante deriva de hipertensão portal ou obstrução linfática devido ao hepatocarcinoma ou a múltiplas metástases hepáticas.

### Avaliação do paciente

Inicialmente a ascite é de difícil identificação, sendo necessários aproximadamente 1.500 ml de líquido livre na cavidade para a sua detecção, dessa forma, a ultrassonografia é importante ao diagnóstico da ascite inicial. O ultra-som com doppler investiga os grandes vasos abdominais e a tomografia computadorizada avalia a presença de massas e visceromegalias assim como, ocasionalmente, diagnostica a carcinomatose. No paciente com carcinomatose, a paracentese há um gradiente de concentração de albumina sérica-ascítica baixo ( $< 1,1$  mg/dl), proteína total elevada ( $> 2,5$  g/dl) e contagem de leucócitos elevada com predomínio de linfócitos. A citologia chega a 95% de positividade e, a laparoscopia é reservada aos pacientes com citologia negativa, que necessitam de confirmação diagnóstica. Faz diagnóstico diferencial com a tuberculose peritoneal, que pode apresentar quadro clínico semelhante. A ascite maligna ocasionada por hipertensão portal está associada a um gradiente de concentração de albumina sérica-ascítica aumentado ( $> 1,1$  mg/dl), proteína total variável e citologia negativa.

### Conduta terapêutica

- Inspecionar e percutir o abdome;
- Realizar ausculta pulmonar e verificar os sinais vitais;
- Observar o desenvolvimento do quadro, com mensuração periódica do perímetro abdominal;
- Providenciar a realização de ultrassonografia de abdome, caso o exame físico não esteja claro;
- Identificar sinais que evidenciem a necessidade de realização de paracentese, tais como, dispnéia, desconforto, náuseas e vômitos;
- Manter a cabeceira elevada a fim de minimizar a compressão no diafragma e o desconforto respiratório;
- Orientar dieta alimentar com a devida restrição de sal;
- Terapia diurética – o diurético mais utilizado é a espironolactona (poupador de potássio). Tem eficácia parcial nos casos sem carcinomatose. ATENTAR quanto ao risco de desidratação com a terapêutica com diuréticos.
- Recomendar o aumento da ingestão ou a reposição medicamentosa de cloreto de potássio.
- Paracenteses periódicas para alívio sintomático – é indicada na ascite por carcinomatose, que não responde bem ao uso de diuréticos. Atentar para o risco de perfuração intestinal ou tumoral e peritonite, pelo procedimento. De acordo com a *performance status* (tabela 1) do paciente, pode ser usado o cateter de Tenckhoff tuneilizado,

## 6. COMPRESSÃO MEDULAR

Normalmente apresenta-se como dor no local comprometido, fraqueza progressiva e perda sensorial consecutiva. A dor, no local da coluna vertebral acometido, apresenta-se em cerca de 80% dos casos e, geralmente, precede o dano neurológico, devendo ser prontamente investigada em qualquer paciente com câncer. Raramente pode apresentar-se com dor abdominal ou torácica e em trajetos nervosos. Alterações esfincterianas ocorrem mais tardiamente.

**Principais causas** - Ocorre principalmente como complicação de metástases para a coluna vertebral, linfomas e mieloma múltiplo.

### Diagnóstico

O método mais sensível para o diagnóstico da compressão da medula espinhal é a Ressonância Nuclear Magnética com contraste. Seu emprego na investigação de lesões ósseas vertebrais tem papel importante na instituição precoce da terapêutica.

### Conduta terapêutica

Quando o tratamento é instituído precocemente, aumentam as chances de evitar danos neurológicos maiores. Contudo, mesmo os pacientes já acometidos de paresias devem ser tratados, com o intuito de impedir a progressão da compressão e do agravamento da dor, mesmo que não recuperem a função perdida. O tratamento clássico da compressão medular inclui o uso de corticóide associado à radioterapia direcionada a área da compressão e de duas vértebras acima e abaixo da mesma, reservando-se a cirurgia como alternativa aos casos de pior resposta. Estudos recentes mostram melhor prognóstico nos pacientes que obtiveram tratamento combinado cirúrgico com posterior radioterapia, principalmente nos acometidos com no máximo duas lesões vertebrais.

- Medicamentos - os corticoesteróides devem ser instituídos no momento da confirmação diagnóstica, em doses elevadas (dexametasona endovenosa de 10 a 100mg /d. Segue-se dose mais baixa de manutenção, venosa, ou oral ( 4 a 6 mg de 6/6h de dexametasona) durante a radioterapia.

- Quimioterapia específica - a compressão medular, tanto por linfoma como por mieloma múltiplo, costuma responder à quimioterapia específica oncológica.

## 7. CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

A constipação intestinal acomete cerca de 50% a 90% dos pacientes em cuidados paliativos. Os sintomas de constipação também podem ser acompanhados de vômitos, dor abdominal, diarreia paradoxal, incontinência urinária, tenesmo, obstrução intestinal e delírio em idosos.

### Principais causas

- Uso de opióides - é um dos fatores mais comuns (aproximadamente 90% dos pacientes que usam esta classe de droga).
- Causas funcionais tipo: baixa ingestão hídrica ou de fibras, imobilidade, fatores situacionais como a falta de privacidade.
- Relacionada à doença de base, ao seu tratamento ou à presença de comorbidades.
- Síndrome de anorexia-caquexia – falência autonômica nos pacientes com câncer avançado, que apresentam: motilidade gastrointestinal diminuída, anorexia, náuseas e constipação intestinal.

### Diagnóstico

Geralmente é identificada pela presença de pelo menos duas das seguintes características:

- Fezes endurecidas;
- Sensação de evacuação incompleta;
- Esforço para evacuar;
- Sensação de obstrução anorretal e
- Necessidade de manobras manuais para facilitar evacuação
- Menos de 3 episódios de evacuação por semana;

### **Fatores desencadeantes**

- Drogas - opióides, anticolinérgicos, antidepressivos, antiácidos, bloqueadores do canal de cálcio, antiinflamatórios não-esteroides, anticonvulsivantes e ferro.
- Fatores relacionados ao câncer - obstrução intestinal por tumor.
- Fatores metabólicos - hipercalcemia, hipocalemia, hipotireoidismo, diabetes mellitus, uremia.
- Fatores neurológicos - compressão medular, doença de Parkinson, delirium, depressão
- Patologias do TGI - colite, diverticulite, hemorróidas e fissura anal

### **Avaliação do paciente**

Deve iniciar por uma anamnese e exame físico detalhados, com palpação abdominal e toque retal. É importante verificar se há presença de obstrução intestinal ou alguma causa reversível, como impactação fecal, distúrbio eletrolítico, uso de medicações constipantes etc

### **Conduta terapêutica**

- As medidas não farmacológicas devem ser adotadas sempre que possível: ingestão hídrica e de fibras adequada, estímulo às mudanças de decúbito ou à deambulação;
- Prover a privacidade e o conforto no ato da evacuação. Em respeito à intimidade do paciente, favorecer que este consiga evacuar na posição funcional mais sentada possível. No leito com o uso da comadre, ou com o auxílio de uma cadeira higiênica, caso não seja possível a sua locomoção até o banheiro.
- Orientar a realização de massagem de conforto na região abdominal, que pode ser realizada pelo próprio paciente, se tiver força para isso, ou pelo familiar/cuidador.
- Medicamentos - instituir o uso de laxativos quando as medidas anteriores não surtirem efeito.
- Na ausência de fezes na ampola retal, sempre descartar a possibilidade de obstrução intestinal, antes de indicar os laxativos osmóticos ou estimulantes.

- Laxativos osmóticos – lactulose (VO), leite de magnésia (VO), glicerina (via retal)

- Laxativos estimulantes ou irritativos – bisacodil (Dulcolax®), sena, cáscara sagrada, difenilmetano (Lactopurga®) (VO)

- Laxativos emolientes – óleo mineral (VO)

- Agentes formadores de massa – psyllium (Metamucil®) (VO)

A metoclopramida pode ser usada em conjunto com a terapia laxativa, para aumentar a peristalse.

Agentes formadores de massa devem ser evitados porque podem levar à impactação fecal e à obstrução intestinal, se a ingestão hídrica é inadequada.

**ATENÇÃO** - Fibras, supositórios e enemas são contra-indicados em pacientes neutropênicos e plaquetopênicos.

Utilizar primeiro os laxativos via oral, após dois ou três dias sem reposta, instituir os supositórios ou enemas.

- Retirada manual das fezes impactadas - deve ser realizada sempre que necessário. O uso de supositório estimulante (ex: Bisacodil) ou enema associado ao laxativo estimulante oral pode ser usado, se há presença de fezes amolecidas na ampola retal. Se ao toque retal há presença de fezes endurecidas, pode-se utilizar um supositório emoliente (ex: glicerina) associado ao laxativo estimulante oral ou a associação de clister glicerinado e agentes estimulantes ou emolientes. Considerar a necessidade de medicação analgésica antes da realização destes procedimentos.

## 8. CONVULSÃO

É importante distinguir os tipos mais comuns de convulsão:

- A convulsão parcial ou focal – onde a descarga neurológica anormal restringe-se a áreas isoladas do cérebro e estão tipicamente associadas a anormalidades estruturais.
- A convulsão generalizada – em que a distribuição é mais disseminada, pois envolve áreas cerebrais difusas e pode ocorrer por anormalidades sistêmicas, bioquímicas ou estruturais.

Se for a primeira convulsão do paciente, é indispensável a realização da rotina laboratorial completa. Nas convulsões focais ou nos casos de triagem metabólica negativa, deve ser realizado um método de imagem (TCC ou RNM). Caso já exista história de crise convulsiva, o tratamento deve ser reavaliado e pode ser necessária a dosagem sérica do anticonvulsivante.

### Principais causas:

Tumor primário ou metastático, acidente vascular encefálico, trauma, hipóxia, causas metabólicas (uremia, insuficiência hepática, hipoglicemia, hiponatremia), sepse e uso ou abstinência de drogas (principalmente psicotrópicos) e álcool.

Na avaliação inicial é necessário excluir outras afecções neuro-psíquicas que podem mimetizar uma crise convulsiva como: síncope, ataque isquêmico transitório e distúrbios de movimento (ex.: mioclonia e coreoatetose), em seguida, deve-se pesquisar os possíveis fatores predisponentes.

### Conduta terapêutica

- Medicamentos
- Fenitoína - 100 mg 1 a 3x ao dia VO (dose máx: 400mg);
- Carbamazepina - 200 mg 2 a 3x ao dia VO (dose máx: 1600mg);
- Ácido Valpróico - 250 a 500 mg 2 a 4x ao dia VO (dose máx: 2000mg);

Quando sem condição de uso do TGI, usar fenobarbital 100 a 200 mg IM/ dia ou 200 a 300 mg / dia SC.

- Dexametasona - 4mg a cada 4 ou 6 horas VO em caso de hipertensão intracraniana ou crise convulsiva – não deve ser usado em status profilático.

Efeitos adversos do corticóide:

- Neuropsiquiátricos - alucinações, agitação, delirium, depressão, labilidade emocional e ansiedade.
- Úlcera péptica e esofagite - o risco aumenta na associação com anti-inflamatórios não hormonais.
- Miopatia - o uso crônico pode levar à miopatia proximal, especialmente nos membros inferiores. Raramente, podem afetar a musculatura respiratória.
- Hiperglicemia - ocorre por aumentar a gliconeogênese hepática e a resistência à insulina, e por afetar o transporte muscular de glicose não insulino dependente. Pacientes com diabetes induzido por corticóides apresentam maior risco de desenvolver comorbidades como infecções, e apresentarem intercorrência aguda pela hiperglicemia. Além do controle específico da glicemia, uma hidratação adequada deve ser realizada.
- Aumento da re-absorção óssea - aumentando o risco de osteoporose e colapso vertebral. Pode induzir à necrose asséptica da cabeça do fêmur. Sua contribuição para o aumento da dor óssea metastática é indefinida.
- Pseudoreumatismo - síndrome álgica que pode afetar músculos e articulações. Geralmente é associada à redução do corticóide. Seu tratamento consiste em retornar a uma dose mais elevada da que estava sendo usada, seguido de uma lenta retirada.
- Hipocalcemia.
- Hipertensão arterial.
- Distúrbios sexuais incluindo amenorréia, diminuição de libido e impotência.
- Síndrome de Cushing - o excesso de cortisol promove a distribuição central do tecido adiposo, hirsutismo, estrias purpúreas, além dos sintomas sistêmicos descritos anteriormente.
- Sensação de queimação perineal - só ocorre quando é realizada infusão venosa rápida de dexametasona, na dose de 20 a 100 mg. É um sintoma transitório.

Observação: os pacientes que recebem o equivalente a 20 mg/dia ou menos de prednisolona têm baixo risco de desenvolver as complicações descritas. A miopatia ocorre mais frequentemente com o uso da dexametasona, betametasona e triamcinolona. O esquema de retirada em dias alternados, também reduz a incidência de efeitos adversos.

## 9. DEPRESSÃO

É um sintoma muito comum em pacientes com câncer. Pode mimetizar outras doenças ou sintomas físicos, o que pode aumentar a morbidade e os custos relacionados ao acompanhamento clínico.

Deve ser tratada mesmo na fase avançada da doença oncológica, principalmente se houver perspectiva de melhora da qualidade de vida e / ou quando a sobrevida estimada não for muito curta. Isto se deve ao fato de que os antidepressivos têm seu efeito iniciado somente a partir da segunda semana de uso, sendo precedido pelos efeitos colaterais.

Segundo os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a depressão ocorre com, pelo menos, 2 critérios principais e 4 adicionais :

- Sintomas principais: humor depressivo, perda do interesse e /ou do prazer e astenia.
- Sintomas adicionais: perda da auto-estima, idéias de culpa ou desvalorização, idéias de morte, projeto ou tentativa de suicídio, dificuldades da atenção ou da concentração, alteração da atividade psicomotora, transtornos do sono e alteração do apetite com modificação do peso.



Os pacientes oncológicos, no entanto, podem não apresentar a “síndrome completa” e cabe ao profissional de saúde detectar precocemente o problema. Além disso, as alterações somáticas (anorexia, perda de peso, fadiga, insônia e perda da libido) são menos importantes no câncer avançado, quando priorizamos os sintomas psicológicos. Os distúrbios de ansiedade podem coexistir com os depressivos em até 70 % dos casos.

### Principais causas

Câncer avançado, dor, história prévia de depressão ou alcoolismo, uso de corticóides, bloqueadores H2, psicotrópicos (principalmente benzodiazepínicos), levodopa, anticonvulsivantes, múltiplas comorbidades, doenças neurológicas como AVE e Parkinson, incontinência urinária/fecal e deficiência nutricional (folato, B12).

### Conduta terapêutica:

- Abordagem multidisciplinar ao paciente e a sua família, levando em conta as necessidades psicológicas, físicas, nutricionais, de mobilidade e contextuais (família, situação sócio-econômica). O contato com eles deve ser freqüente, em busca de uma relação construtiva e de confiança. Muitas vezes o paciente tem consciência do seu problema e não o verbaliza espontaneamente. Pacientes depressivos têm maior risco de não adesão à terapêutica proposta pela equipe.
- Informar ao paciente de que a depressão é uma patologia tratável. Explicar-lhe que os antidepressivos não provocam dependência e insistir sobre a necessidade de não parar o tratamento assim que se sentir melhor.
- Medicamentos:

Grupo	Medicamento	Dose inicial /dia (mg) VO	Dose total / dia (mg) VO	Principais efeitos indesejáveis
Tricíclicos	<i>Amitriptilina</i>	25	50 a 100	Efeitos cardio-vasculares: hipotensão, taquicardia, arritmia;
	<i>Imipramina</i>	25-50	75 a 100	Efeitos anticolinérgicos: bôca sêca, dificuldades da acomodação visual, constipação, retenção urinária, taquicardia, confusão mental;
	<i>Nortriptilina</i>	25	50 a 100	Sedação e ganho de peso
Inibidores da Recaptação Seletiva de Serotonina (IRSS)	<i>Citalopran</i>	10	20 a 60	Efeitos gastrointestinais: anorexia, náusea, vômitos, diarreia;
	<i>Fluoxetina</i>	20	20 a 40	Agitação, insônia;
	<i>Paroxetina</i>	20	20 a 60	Efeitos neurológicos: cefaléia, síndrome extra-piramidal;
	<i>Sertralina</i>	25	50 a 100	Perda de peso (fluoxetina); Síndrome serotoninérgica(rara): dor abdominal, diarreia, “flush”, hipertermia, letargia, mudanças do comportamento, tremor, insuficiência renal, choque e morte
Outros	<i>Venlafaxina</i>			Efeitos indesejáveis dos IRSS
	<i>Trazodona</i>	50	100 a 300	Aumento da PA se > 200mg; Sedação, hipotensão ortostática, raramente transtorno do ritmo cardíaco;
	<i>Mirtazapina</i>	15	15 a 45	Boca seca, ganho de peso; Pode aumentar os níveis do colesterol

## 10. DERRAME PLEURAL

É o volume anormal de líquido na cavidade pleural e constitui uma manifestação frequente em pacientes com câncer avançado. Como não é uma doença, mas sim uma manifestação de outras doenças, neoplásicas ou não, o seu controle depende do tratamento da doença de base. Nos derrames decorrentes de neoplasias refratárias aos tratamentos oncológicos, o alívio dos sintomas é alcançado por meio da drenagem do líquido pleural, com ou sem pleurodese.

### Conduta terapêutica

**Toracocentese** - é o método utilizado para a drenagem do líquido pleural. É realizada pela introdução de uma agulha ou cateter no espaço pleural, através da pele e da parede torácica. É indicada quando há alteração da função respiratória, devido ao volume do derrame pleural e o colapso pulmonar. As contraindicações são: diátese hemorrágica incorrigível e uso de terapêutica anticoagulante.

O procedimento deve ser realizado por médico, e em ambiente hospitalar, pelas complicações que podem ocorrer, e por ser precedido e acompanhado de exame radiológico do tórax (incidências pósterior anterior, perfil e decúbito lateral - Laurell). O procedimento deve ser sempre explicado ao paciente e familiar.

**Pleurodese** - é o procedimento cirúrgico no qual se introduz no espaço pleural substâncias químicas irritantes, que levam a forte aderência entre as pleuras visceral e parietal. São pré-requisitos para a sua realização:

Melhora clínica por toracocentese inicial, com remoção parcial ou total do derrame.

Natureza maligna do derrame comprovada.

Possibilidade de re-expansão pulmonar, pela ausência de: obstrução brônquica, encarceramento neoplásico do pulmão, ou de linfangite carcinomatosa.

- Está indicada em:

Pacientes com PS até 3, com expectativa de vida maior que 1 mês.

Pacientes com derrames pleurais neoplásicos causados por tumores não responsivos a tratamento sistêmico.

Derrames cujos sintomas podem ser definitivamente atribuídos ao derrame.

Derrames recidivantes pós toracocenteses.

- Está contra-indicada em:

Absolutas: ausência de melhora clínica pós-esvaziamento do derrame; reexpansão pulmonar inadequada (encarceramento, obstrução, linfangite)

Relativas: distúrbio de coagulação; expectativa de vida menor que 90 dias; neoplasia com disseminação metastática intensa; baixa capacidade de desempenho físico; extenso comprometimento do pulmão homolateral; pH do líquido pleural < 7,3 ou glicemia < 60 mg/dl.

- A dor é um sintoma comum, mas é de fácil controle com o uso de opiáceos nos pós operatório imediato.

- Organograma terapêutico para derrame pleural neoplásico recidivante e sintomático (em pacientes com Karnofsky > 70%)

- Com expansão pulmonar pós toracocentese, drenagem ou pleuroscopia + pleurodese:

Em pleurodese eficaz - resolução do processo

Em pleurodese ineficaz considerar: repetir a pleurodese; fazer uso de cateteres de longa duração; realizar toracocenteses seriadas, fazer shunt pleuroperitoneal.

- Sem expansão pulmonar pós-toracocentese considerar: o uso de cateteres de longa duração; toracocenteses seriadas e shunt pleuroperitoneal.

## **11. DIARRÉIA**

Alteração na consistência das fezes (pastosas ou líquidas) ou aumento na frequência das evacuações. Não é um dos sintomas mais prevalentes entre pacientes em cuidados paliativos (ocorre em 5% a 10% dos pacientes com câncer avançado), porém pode ser muito debilitante, contribuindo para a desidratação, distúrbios eletrolíticos, desnutrição, queda da imunidade e formação de úlcera de pressão.

### **Principais causas**

As causas mais comuns da diarreia em cuidados paliativos são:

- drogas, principalmente os laxativos em excesso, os antibióticos, os antiácidos, a quimioterapia antineoplásica e a reposição de ferro;
- radioterapia,
- obstrução intestinal (diarreia paradoxal).
- síndromes disabsortivas devido à insuficiência pancreática e à ressecção ileal.
- infecções intestinais agudas ou crônicas.
- sangramento gastrointestinal.
- alimentação enteral.

### **Conduta terapêutica:**

- Medidas gerais: hidratação oral ou parenteral, quando necessário avaliar reposição de potássio, alterações dietéticas, uso de agentes formadores de massa (ex: psyllium®) que ajudam a aumentar a consistências das fezes, que devem ser evitados na suspeita de diarreia infecciosa.
- Tentar identificar doença de base tratável.
- Promover condições favoráveis para higiene, segurança e conforto do paciente.
- Preservar a auto-estima e a imagem corporal do paciente.
- Estabelecer relação de pudor e respeito.
- Manter em observação sobre sinais e sintomas relacionados com a alteração hidroeletrólítica provocada pela diarreia.
- Controlar a dor.

- Instituir medidas para manutenção da integridade cutânea, principalmente se o paciente estiver acamado: troca de fralda a cada evacuação; uso de comadre na situação de continência das fezes; limpeza delicada com uso de algodão e água morna; manter a região perineal seca e protegida com pomada de óxido de zinco, manter lençóis limpos e esticados, mudar frequentemente o decúbito; fazer uso do colchão caixa de ovo.
- Caso o paciente esteja hospitalizado, controlar o fluxo da dieta enteral com o auxílio de bomba infusora.
- Em domicílio, orientar os cuidadores com relação à frequência, volume e intervalos das dietas artesanais.

Manter hidratação adequada, seja pelo tubo gastrointestinal, seja venosa ou subcutânea. Orientar sobre o uso de soro caseiro via oral, precocemente. Forma de preparo do soro: um litro de água filtrada colocar duas colher de sopa de açúcar e uma colher de café de sal de cozinha.

- Avaliar a necessidade de repor potássio.
- Medicamentos:
  - Opióides – como medida geral antidiarréica. Reduzem a peristalse e aumentam o tônus do esfíncter anal. Ex: codeína 10 a 60mg VO a cada 4h; iniciar com 4mg VO e fazer 2mg VO após cada episódio diarréico.
  - Enzimas pancreáticas e bloqueadores H2 – para diarreia associada à insuficiência pancreática.
  - Colestiramina – para controle da diarreia associada à disabsorção por obstrução biliar, ressecção ileal, doença hepática, e . enterite actínica. Dose: 4g VO 3x/dia.
  - Octreotide – pode ser eficaz na diarreia secretória associada ao tumor carcinóide, quimioterapia e AIDS. Dose: 0,3 a 1,2 mg/dia SC.
  - Antiinflamatório não hormonal na diarreia pós radioterapia (Ex: aspirina 325mg a cada 4 a 6h).
  - Super crescimento bacteriano - norfloxacin ou amoxicilina + clavulanato.
  - Corticosteróides – podem ser úteis para reduzir o edema na pseudo-obstrução intestinal e na enterite actínica.
  - Colite pseudomembranosa – metronidazol ou vancomicina

## 12. DISPNEIA

É um sintoma muito comum em pacientes em cuidados paliativos (cerca de 29% a 90% dos pacientes) e geralmente é multifatorial. Pode ser relatada como: sensação de falta de ar, sufocamento, aperto torácico ou desconforto respiratório nem sempre associado ao esforço físico. Por ser um sintoma subjetivo, não existem testes que mensurem com exatidão a sua gravidade, sendo o relato do paciente o dado mais importante.

O grau da dispnéia pode não estar diretamente relacionado à severidade do quadro clínico, visto ser um sintoma subjetivo, dificilmente quantificável. Consiste em uma respiração difícil, desconfortável, angustiante, acompanhada de ansiedade e medo da morte.

Avaliar sempre a causa base, tendo em vista que a respiração pode ser perturbada por fatores físicos, psicológicos ou ambientais. Ocorre em aproximadamente 60 a 70 % dos pacientes com câncer avançado.

### Principais causas

- Comorbidades: DPOC; asma; insuficiência cardíaca.
- Sobreposições de doença aguda: atelectasia; pneumonia; ; embolia pulmonar.
- Complicações relacionadas ao câncer: obstrução bronquica; derrame pleural; linfangite carcinomatosa; síndrome de veia cava superior; invasão tumoral do parênquima pulmonar;

- Complicações relacionadas ao tratamento: fibrose por irradiação do parênquima pulmonar; pneumotórax; quimioterapia antineoplásica (fibrose, cardiomegalia, dispnéia);
- Outros: anemia; uremia; acidose; ascite; caquexia; stress emocional; doença neuromuscular

### **Conduta terapêutica**

- Identificar a causa da dispnéia, para instituir o tratamento específico, sempre que possível e intervir nas causas reversíveis como: retenção urinária, congestão, ansiedade, dor e constipação intestinal. Algumas intervenções específicas incluem: diuréticos na congestão pulmonar, broncodilatadores na DPOC, toracocentese de alívio nos derrames pleurais volumosos, antibióticos nas pneumonias e radioterapia para as lesões brônquicas obstrutivas.
- Observar:
  - o tegumento (transpiração, coloração e grau de cianose);
  - a atitude (tiragem subcostal, asas de nariz, respiração pela boca e sinais de esgotamento);
  - o ritmo, a frequência e a amplitude dos movimentos respiratórios
  - a qualidade da ausculta pulmonar, ansiedade e agitação
- Instituir medidas não farmacológicas que auxiliam na manutenção do status funcional e do bem estar do paciente, ajudando-o e à sua família a lidar com o sintoma:
  - manter ambiente tranquilo e calmo ;
  - orientar o correto posicionamento no leito.
  - recomendar a manutenção de boa ventilação ambiente (com ventiladores e/ou janelas abertas). Em alguns casos, a presença de um ventilador direcionado para a face do paciente colabora para a melhora da sensação de respirar melhor.
  - orientar exercícios respiratórios, técnicas de respiração, estratégias de adaptação, e técnicas de relaxamento, para que a família os utilize com o paciente.
  - estabelecer relação de confiança e de ajuda, de forma a reduzir a angústia e a ansiedade, tanto do paciente como dos seus familiares.
  - manter a cabeceira elevada, preferencialmente com o paciente sentado.
  - propor sessões de toque-massagem, para favorecer o relaxamento.
- Observar e intervir, na ocorrência de outros sintomas tais como: taquicardia, dores torácicas e musculares, febre, tosse e expectoração por vezes hemoptóica ou purulenta.
- Abordar a possibilidade de sedação paliativa, caso necessário.
- Manter vias áreas superiores livres de secreção, aspirando-as sempre que necessário;
- Manter a mucosa oral hidratada.
- Evitar broncoaspiração.
- Medicamentos:
  - Oxigênio - os pacientes que mais se beneficiam do oxigênio suplementar são aqueles com hipoxemia comprovada. No entanto, muitos pacientes sem hipoxemia importante, se beneficiam sintomaticamente do oxigênio suplementar. É preferida a administração de oxigênio através de cânula nasal, a não ser que o paciente necessite de um fluxo maior e seja necessária a utilização de máscara facial.
  - Opióides – são a droga de escolha para o tratamento da dispnéia do paciente terminal. Diminuem a percepção da falta de ar, a resposta à hipóxia e à hipercapnia, assim como o consumo de oxigênio em repouso e durante os movimentos. A melhor via de administração para se otimizar os efeitos benéficos e minimizar os efeitos colaterais dos opióides ainda não foi estabelecida. Assim, deve-se iniciar o tratamento com drogas orais ou sublinguais, sempre que possível. Ainda faltam estudos que comprovem a eficácia do opióide inalatório ou em nebulização, porém muitos autores reforçam o benefício do seu uso no paciente em cuidado paliativo.

Morfina - para os pacientes que ainda não usam opióides, a dose inicial é de 2,5 a 5mg VO ou SL a cada 2 a 3h, conforme necessário, titulando a dose até o alívio do sintoma. Para pacientes já em uso crônico de opióides, acrescenta-se 25% a 50% da dose usual do paciente, a cada 4 horas. Para os casos de dispnéia aguda, 2 a 5mg IV a cada 5 a 10 minutos, até o alívio dos sintomas. Para os pacientes gravemente sintomáticos, pode ser necessária a infusão contínua. Para nebulização, a dose inicial recomendada é de 5 a 10mg em 2ml de solução salina, a cada 4h.

- Furosemida - para uso em nebulização, tem sido descrita como adjuvante no tratamento da dispnéia que responde parcialmente à terapia com opióide, embora ainda faltem estudos randomizados que confirmem este achado.
- Corticoesteroides – são utilizados principalmente para a dispnéia associada à obstrução das vias aéreas, linfangite carcinomatosa, obstrução da veia cava superior, pneumonite actínica e DPOC. Efeitos colaterais como candidíase e hiperglicemia podem ocorrer e devem ser tratados. As doses utilizadas são: dexametasona 4 a 8 mg/dia VO ou IV; prednisona 20 a 60mg/dia VO; metilprednisolona 48 a 128 mg VO ou IV.
- Benzodiazepínicos – o seu benefício está associado à dispnéia relacionada a distúrbios de ansiedade. Devem ser usados com cautela, pelo risco de sedação excessiva (quando isso não é desejado) e retenção de CO<sub>2</sub>.
- Antipsicóticos - como a clorpromazina podem ser usados no tratamento da dispnéia não responsiva aos opióides e aos benzodiazepínicos.
- Broncodilatadores – algumas vezes pode ser difícil identificar o broncoespasmo nos pacientes terminais. Assim sendo, pode-se fazer um teste terapêutico com broncodilatadores, mas suspendê-los sempre se não houver melhora sintomática.

### **13. DISTÚRPIO DO SONO (INSONIA)**

A insônia é a inversão do ciclo sono-vigília, que pode ocorrer: pela dificuldade em adormecer (insônia inicial), pelos despertares frequentes durante a noite (insônia da manutenção), por despertares nas primeiras horas da manhã (insônia terminal) ou por sonolência persistente, apesar da duração suficiente do sono (sono não-reparador).

Caracteriza-se tanto por um sintoma, como por uma desordem clínica.

Como um sintoma, é caracterizada por: dificuldade de iniciar o sono (>30min), de manter e retornar o sono; despertar diurno precoce; sensação de cansaço durante o dia e cochilos diurnos; pesadelos; ocorrer pelo menos 3x/semana; alterar a qualidade de vida (fadiga, concentração, memória, humor); ter duração transicional ou situacional < 1 mês, tempo curto ou subagudo >1 mês e < 6 meses e crônico > 6 meses.

Como uma desordem clínica, associam-se à insônia alterações clínicas e laboratoriais. O sintoma ocorre em 29 a 59% dos pacientes com câncer avançado. É um sintoma comum, nestes pacientes que merecem uma avaliação detalhada, pelo fato dela ser um fator precipitante de sintomas psicossomáticos. Uma quantidade de sono insuficiente pode resultar em: baixa tolerância à dor, alteração da função imunológica, desordens do humor e indisposição física.

#### **Principais causas**

- Preocupação, medo, ansiedade, pela situação de doença vivenciada.
- Desordens psiquiátricas: ansiedade, síndrome do pânico, depressão, estresse.
- Desordens clínicas: dor, doença arterial coronariana, asma, úlcera péptica, doenças reumatológicas, apnéia do sono, síndrome das pernas inquietas, dispnéia, depressão, ansiedade, câncer.
- Desordens neurológicas: AVE, tumor cerebral, alterações no ciclo circadiano, doenças neuromusculares.
- Doenças degenerativas: doença de Parkinson

- Outras: uso ou abstinência de determinados fármacos, abuso de álcool, abuso de drogas ilícitas.

### **Diagnóstico**

É importante realizar uma anamnese cuidadosa em relação ao sono incluindo: duração, ambiente e qualidade do sono, uso de medicamentos e estimulantes e consequências diurnas da insônia. Devem-se rever as possíveis etiologias, principalmente a dor,

náuseas, dispnéia, medo ou ansiedade, medicação (corticóide, teofilina, diuréticos, propranolol e metildopa), sedação diurna, uso de álcool, cafeína, cigarro, história familiar, distúrbios psiquiátricos, além do exame do estado mental.

### **Conduta terapêutica**

- Estratégias não farmacológicas - incluem estratégias comportamentais, cognitivas e educacionais e têm por objetivo modificar comportamentos inapropriados ou mal adaptados, que possam estar interferindo na qualidade e na manutenção do sono.
  - No ambiente hospitalar - evitar ruídos desagradáveis no período noturno, e organizar os cuidados de forma a respeitar os períodos de repouso
  - Estimular atividades laborais durante o dia.
  - Promover medidas relaxantes como toque-massagem que favoreçam o início do sono.
  - Higiene do sono - revisão medicamentosa, evitar cafeína, álcool, cigarro, limitar ingestão hídrica à noite, evitar cochilos diurnos > 30 min.
  - Terapia de controle do estímulo - ir para a cama quando com sono, ou cansado; levantar-se da cama caso não consiga dormir em 20 min e fazer algo calmo e relaxante; retornar para a cama apenas quando sentir sono; acordar sempre no mesmo horário;
  - Terapia de restrição do sono - calcular o tempo médio de sono diário por noite e permanecer na cama apenas durante este tempo, com tolerância máxima de 15 min; acordar sempre no mesmo horário;

Nos pacientes em cuidados paliativos, nem sempre é possível a utilização destas estratégias, tendo em vista a dificuldade do paciente em deixar o leito e de desenvolver atividades que ocupem o seu tempo.

### **• Medicamentos:**

- Antidepressivos e antipsicóticos são frequentemente empregados no tratamento dos distúrbios do sono na medicina paliativa. Como o Delirium é uma manifestação freqüente nas neoplasias avançadas, os antipsicóticos são bastante utilizados no manejo da insônia com delirium. Mirtazapina é seguro e utilizado nos cuidados paliativos como sedativo e estimulante do apetite. Antihistamínicos e valerianos são utilizados, porém pouco adequados.
- Benzodiazepínicos hipnóticos: Alprazolam 0,5 a 1mg; Lorazepam 0,5 a 4mg; Clonazepam 0,5 a 2mg; Diazepam 5 a 10mg; Hipnóticos não benzodiazepínicos: Zolpidem 5 a 10mg; Zopiclone 5 a 7,5mg; Esopiclone 3mg.
- Antidepressivos: Amitríptilina 25 a 100mg; Trazodona 25 a 100mg; Mirtazapina 15 a 30mg;
- Antihistamínicos: Difenidramina 25 a 50mg; Doxilamina 25mg.

### **Observações:**

Evitar o Midazolam, pelo risco de agitação paradoxal e início rápido de ação que pode aumentar o risco de quedas.

Associar neuroléptico (Risperidona, Haloperidol) na presença de delirium.

Caso o paciente esteja em tratamento com corticóide ou diurético, administrar dose única pela manhã ou a última dose o mais cedo possível.

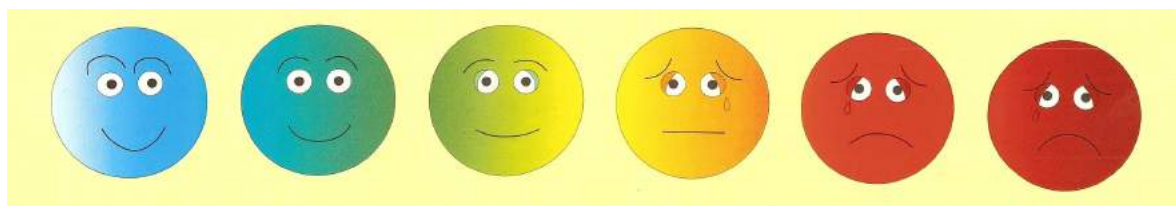
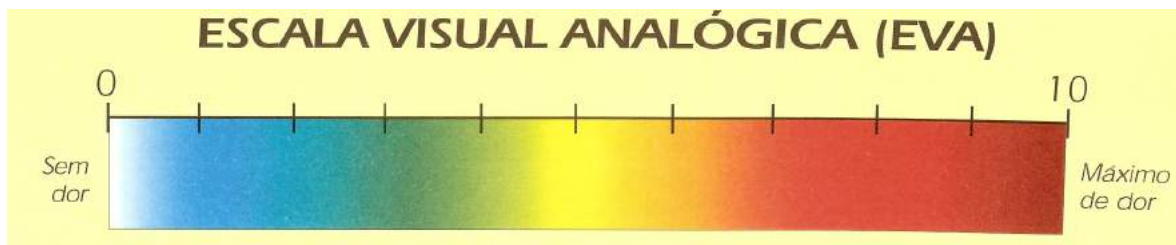
#### 14. DOR

Trata-se de um sintoma subjetivo associado ou não a um dano real ou potencial dos tecidos, e muito freqüente (65-85% dos pacientes com câncer avançado apresentam dor). Pode ser quantificada com o auxílio da Escala Visual Analógica (EVA). Esta escala pode ser graduada por número de 0 a 10, por cores, ou por faces.

Sua abordagem não deve considerar apenas os aspectos físicos, tal como ocorrer em todas as outras avaliações em cuidados paliativos. O conceito de "Dor Total" aborda a necessidade desta visão holística. Pode vir acompanhada de sofrimento ou não, e é multifatorial.

Causas: invasão dos ossos, obstrução de vísceras ocas, infiltração de vísceras sólidas, obstrução venosa ou arterial, secundária ao tratamento instituído (cirurgia, quimioterapia, radioterapia), ou não estar relacionada ao câncer (hérnia de disco, artrose).

Consequências: piora da qualidade de vida, alteração do humor, perturbação do sono, intensificação de outros sintomas



TIPOS:

##### Neuropática

Os plexos nervosos (braquial, lombar e sacro) podem ser afetados pela evolução direta do tumor ou pela invasão linfática.

Os nervos periféricos são atingidos por infiltração tumoral direta ou fratura patológica em local próximo. O mais comum ocorre devido à invasão nos espaços intercostais, paravertebrais e retroperitoneais.



## Visceral

Decorre comumente da invasão de vísceras ocas com prejuízo da função ou vísceras sólidas, provocando aumento do volume e distensão capsular.

## Somática

A partir de lesão de pele ou tecidos profundos - usualmente localizada.

- Conseqüente ao tratamento, evidenciamos:

Cirurgia: lesão de nervos intercostobraquiais nas mastectomias, neuralgia intercostal nas toracotomias, neuralgia após esvaziamento cervical ou amputação de membros.

Radioterapia e quimioterapia: mielopatia pós-irradiação, plexopatia actínica cefaléia e neuropatia pós-QT, mucosites.

- Avaliação

Caracterizar tipo de dor do paciente.

Avaliar o paciente como um todo, ou seja, o perfil psicológico, social, a dependência prévia de drogas, co-morbididades, estado clínico geral etc.

A qualidade de vida do paciente deve sempre ser considerada no decorrer do tratamento.

## Conduta

A primeira abordagem terapêutica a ser aplicada pelo profissional ao paciente, é o esquema proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conhecido como "escada analgésica", ou seja, dor leve, moderada ou intensa.

As doses dos medicamentos devem ser ajustadas para os pacientes acima de 70 anos e nos casos de insuficiência hepática ou renal.

O esquema terapêutico deve seguir o horário e a dose estipulados, não devendo esperar o quadro de dor para iniciar a analgesia.

Observar que a dose eficaz varia individualmente.

Não há limite superior para dose de morfina. O limite é o controle do sintoma ou o aparecimento de efeitos colaterais. Nestes casos devemos controlar sintomaticamente os efeitos colaterais, evoluindo até a substituição alternativa da via de administração ou troca da substância opióide.

**Não prescrever opiáceo fraco com forte, pois competem pelos mesmos receptores.**

A intensidade da dor deve ser avaliada através de escalas de mensuração. Sempre atentar para o esquema terapêutico mais simples, optando pela via oral e respeitando a farmacocinética.

A opção de realização de procedimento invasivo ablativo pode ser individualmente estudada.

## Conduta

- Dor leve: dipirona ou paracetamol associado ou não a antiinflamatório não esteróide.
- Dor persistente ou leve a moderada: iniciar tramadol ou codeína.
- Dor moderada persistente ou intensa: iniciar morfina de liberação regular que, após titulação da dose terapêutica, pode ser transformada em morfina de liberação lenta. Observar uso de adjuvantes.

**Obs.:** - Quando não puder utilizar opióide pela via oral, preferir usar a via subcutânea.

- A meperidina não deve ser prescrita para a dor causada pelo câncer, pois tem meia-vida muito curta, podendo induzir rapidamente à psicose.

- O uso da morfina no paciente com câncer tem finalidade analgésica, dificilmente provocando dependência psicológica ou depressão respiratória.

- Em caso de vômitos como efeito colateral, usar neuroléptico como haloperidol.

- Os laxativos emolientes devem ser prescritos de forma profilática.

- O resgate para a dor de caráter súbito e intermitente pode ser de 50% a 100% da dose que se aplica regularmente. Se doses de resgate são freqüentemente necessárias, devem ser, após avaliação, durante ao menos cinco dias, somadas à dose/dia prescrita regularmente.

## Equivalências

- 30 mg CODEÍNA VO = 3, 6 mg MORFINA VO = 1, 2 mg MORFINA IM / IV / SC.
- 100 mg de TRAMADOL VO / IM = 60 mg de CODEÍNA VO = 7, 2 mg MORFINA VO .
- 30 mg MORFINA VO = 10 mg MORFINA IV / IM / SC = 10 mg METADONA VO.
- 10 mg METADONA IV = 10 mg MORFINA IV / IM / SC.

## Posologia

Dipirona	500mg a 1000mg	6/6h VO
Paracetamol	500mg a 1000mg	4/4 h VO
AINE	1 cp VO ou 1 supositório	12/12h ou 24/24h
Tramadol	50mg a 100mg	6/6h VO ou 1 supositório 6/6h
Codeína	30mg a 120mg	4/4h VO
Morfina	5mg a 60mg	4/4h VO
Morfina (Liberação Lenta)	30mg a 100mg	8/8h ou de 12/12h VO
Morfina Parenteral	2,5mg a 20mg	4/4h

## Adjuvantes

- Corticosteróides – potente efeito antiemético e antiinflamatório.
- Anticonvulsivantes – úteis na dor neuropática.

- Antidepressivos – úteis na dor neuropática (principalmente os tricíclicos), potencializam os opiáceos.
- Neurolépticos – possuem analgésico, antiemético e ansiolítico.

### **Observações:**

- Dor neuropática:
  - Corticosteróides - dexametasona 10mg a 100mg IV (dose de ataque); manter com 4mg VO / IV 6/6h. Retirar lentamente após a obtenção da resposta terapêutica desejável;
  - prednisona 40mg a 60mg VO / dia.
  - Anticonvulsivantes - fenitoína iniciar com 100mg VO até 300 mg / dia;
  - carbamazepina iniciar com 100mg VO até 800 mg / dia.
  - Antidepressivos - amitriptilina 25mg a 100mg VO até 75 a 300 mg / dia;
  - imipramina 25mg a 100mg VO / dia.
  - Neurolépticos - haloperidol 0,5mg a 2mg VO 8/8h ou 12/12 h;
  - clorpromazina 10mg a 25mg VO 4/4h ou 6/6h.
- Dor óssea:

*As causas de dor nos tumores malignos podem ser decorrentes de infiltração local ou metástases para ossos, nervos periféricos, nervos cranianos, medula espinhal ou órgãos específicos.*

As metástases ósseas são causas freqüentes de dor, ocorrendo de duas maneiras: destruição (osteolítico) ou neoformação (osteoblástico).

Os locais mais atingidos são a coluna vertebral, bacia e ossos longos.

*Considerar RXT paliativa para controle da dor.*

## **15. FADIGA**

É um dos sintomas mais comuns presentes em fases terminais de doenças crônicas, ocorrendo em 60 a 90% dos pacientes. É definida pela *National Comprehensive Cancer Network* como uma sensação persistente e subjetiva de cansaço relacionado ao câncer ou ao seu tratamento que interfere na capacidade funcional do indivíduo.

Embora seja um sintoma extremamente comum, muitas vezes não é diagnosticado porque não é relatado pelo paciente. Assim, devemos sempre indagar ao paciente a presença deste sintoma que pode diminuir de maneira substancial sua qualidade de vida. Geralmente é multifatorial, incluindo causas relacionadas direta ou indiretamente ao tumor, comorbidades e fatores emocionais.

Como a fadiga pode mudar de padrão com o tempo, sua avaliação deve ser contínua, acerca de sua evolução, do tratamento instituído, e das estratégias utilizadas para o tratamento de outros sintomas relacionados direta ou indiretamente.

Causas:

Anemia	Dor
Cardiopatia	Pneumopatia
Falta de condicionamento físico	Doença renal
Distúrbios do sono	Hipotireoidismo
Hepatopatia	Citocinas inflamatórias tumorais
Desnutrição	Drogas (opióides, principalmente)
Depressão, ansiedade, estresse emocional	

Alguns instrumentos podem ser utilizados na avaliação da fadiga, como escalas de avaliação de *performance status*, escalas de avaliação multi-dimensionais e escalas de avaliação unidimensionais. Dentre essas últimas, as escalas analógica visual ou numérica têm seu uso validado e são de fácil utilização. Em uma escala numérica que varia de 0-10 (sendo 10 o grau máximo de fadiga), escores maiores ou iguais a 4 sugerem a presença de fadiga moderada a grave, indicando a necessidade de intervenção objetivando a redução do sintoma.

### Conduta

- Identificar e tratar causas reversíveis, como anemia, depressão, dor, hipotireoidismo, entre outros.
- Tratamento não-farmacológico:

exercício físico – benefício comprovado através de estudos que mostram melhora da capacidade funcional, dos escores das escalas de avaliação e da qualidade de vida.

Regularizar sono – priorizar o sono noturno e evitar ou reduzir períodos de sono durante o dia.

Outros – técnicas de relaxamento, priorizar atividades prazerosas durante o dia, entre outros.

- Tratamento farmacológico:

Psicoestimulantes como o metilfenidato, quando usados em pacientes com câncer em estágio terminal, podem melhorar a cognição e diminuir a sedação causada pelos opióides. Doses iniciais de 2,5 a 5 mg 2x/dia são recomendadas, sendo que a última dose deve ser feita no período da tarde para evitar insônia.

Alguns estudos mostram que o uso de corticóides em baixas doses e por um período curto (2 a 4 semanas) pode melhorar a fadiga. As doses recomendadas são: dexametasona 1 a 2 mg/dia ou prednisona 20 a 40 mg/dia. O uso destas drogas por um período maior deve ser evitado por poder piorar os sintomas de fadiga ao induzir miopatia, infecções e outras complicações

## 16. FRATURA PATOLÓGICA

A doença óssea metastática é responsável por aproximadamente 99% dos tumores malignos que acometem o osso, sendo a fratura patológica uma das suas principais complicações. As metástases ósseas surgem com maior frequência nos carcinomas de mama (49%), pulmão, rim, próstata e tireóide, e localizam-se mais comumente nas vértebras, arcos costais, pelve e fêmur.

A fratura patológica se manifesta por dor e limitação funcional e sua avaliação se inicia através de um estudo radiológico simples. A cintilografia óssea complementa a avaliação, mapeando todo o esqueleto e definindo se a lesão em questão é única ou múltipla.

A abordagem da doença óssea metastática é multidisciplinar e deve ser adequada ao contexto geral do paciente, levando em consideração fatores como o *performance status* (OS – Tabela 01), sobrevida e os reais benefícios que o tratamento proposto pode trazer para aquele paciente em particular.

### Conduta

Os objetivos do tratamento são alívio da dor, manutenção ou restauração da função, descompressão neurológica e controle do crescimento tumoral local quando possível.

- Controle da dor, com medicação analgésica apropriada.
- Radioterapia – Pode ser utilizada isoladamente ou em conjunto com procedimentos cirúrgicos. Geralmente empregada a fim de suprimir o crescimento tumoral nas lesões metastáticas que não ameacem biomecanicamente a estrutura óssea, isto porque induz um aumento da vascularização na periferia do tumor que enfraquece o osso adjacente a este, aumentando o risco de fratura espontânea. Nos pacientes sem condições cirúrgicas, a radioterapia é usada com objetivo analgésico.
- Tratamento cirúrgico – Pode ser empregado nas fraturas patológicas iminentes ou naquelas já estabelecidas. A indicação cirúrgica pode ser controversa e variar de acordo com cada centro oncológico. Atualmente, os critérios de Mirels que avaliam risco de fratura, juntamente com a observação clínica, são as orientações mais aceitas no que tange a indicação do tratamento cirúrgico das fraturas patológicas.

Uma pontuação maior ou igual a oito na avaliação de Mirels denota um risco aumentado de fratura e a necessidade de estabilização profilática antes da radioterapia, enquanto pontuações abaixo de sete podem ser tratadas inicialmente com intervenções não cirúrgicas. Os critérios clínicos mais utilizados para se indicar o tratamento cirúrgico são: fratura em ossos que sustentam carga em pacientes com expectativa de vida maior ou igual a 1 mês; fratura em ossos que não sustentam carga em pacientes com expectativa de vida maior ou igual a 3 meses; estado geral de saúde adequado para intervenção cirúrgica; estoque ósseo remanescente que suporte implante ortopédico; se o procedimento trará benefícios para o paciente no sentido de melhorar sua qualidade de vida.

Várias técnicas cirúrgicas têm sido desenvolvidas no sentido de tratar a fratura com procedimentos cada vez menos invasivos devido ao elevado risco cirúrgico em geral dos pacientes em cuidados paliativos.

### Avaliação de risco de fratura patológica – Fonte: Mirels.

Pontos variáveis	1	2	3
Local	Membros superiores	Membros inferiores	Região peritrocantérica
Dor	Leve	Moderada	Funcional
Lesão	Blástica	Mista	Lítica
Tamanho	<1/3	1/3 a 1/2	>2/3

Em vigência de fratura de ossos longos, o tratamento cirúrgico é quase sempre indicado, devido ao baixo potencial de cura de uma fratura patológica com tratamento conservador. Nesses casos, a imobilização

prolongada geralmente resulta em piora funcional e persistência da dor, afetando de maneira adversa a qualidade de vida do paciente.

## Medicamentos

Bifosfonatos – São opções para o tratamento não cirúrgico. Previnem eventos relacionados ao esqueleto, como fraturas patológicas, e hipercalcemia induzida pelo tumor.

Ácido zoledrônico (Zometa®) – 4 mg diluídos em 100 ml de solução salina a 0,9% ou solução glicosada a 5%. Infundir em 15 minutos. Dose única a cada 3 a 4 semanas.

## 17. HIPERCALCEMIA

É a emergência metabólica mais comum em oncologia ocorrendo em 10% a 20% de todas as neoplasias. Pode ocorrer por tumores sólidos metastáticos, por mediação humoral ou por doenças malignas hematológicas. Os tumores mais frequentes são: mieloma múltiplo, leucemia, linfoma, neoplasia pulmonar, metástases ósseas, neoplasia de mama, tumor de células escamosas de cabeça e pescoço, neoplasia renal e neoplasia de tireóide. Pode ser a primeira manifestação de uma neoplasia oculta.

É definido pelo cálcio sérico corrigido  $> 11$  mg/dl, seguindo a fórmula *cálcio corrigido = cálcio mg/dl + 0,8 (4-albumina sérica)*. Os níveis acima de 15 mg/dl constituem-se em risco iminente de vida.

Ao contrário da hipercalcemia por outras etiologias, nas quais é comum ser de curso lento e assintomática, no distúrbio relacionado ao câncer, a doença é geralmente sintomática. Os principais sinais e sintomas são desidratação, anorexia, náuseas, vômitos, constipação, fadiga, dor, prurido, apatia, irritabilidade, hiporreflexia e confusão mental. A imobilidade, o uso de diuréticos tiazídicos e a desidratação podem contribuir para sua ocorrência.

## Conduta

Fase Aguda:

- Hidratação: 2 a 6 litros de SF 0,9 % / 24h – respeitando a avaliação clínica do paciente - pode ser suficiente para pacientes assintomáticos com cálcio sérico corrigido em até 12 mg/dl; A desidratação diminui a filtração glomerular, que reduz ainda mais a eliminação de cálcio e sódio.
- Repor potássio se necessário;
- Diurético de alça (furosemida) para aumentar a excreção urinária de  $\text{Ca}^{2+}$ , assim que o volume plasmático tiver sido reestruturado.
- Pamidroato – iniciar após hidratação e adequado débito urinário (se cálcio corrigido  $> 12$  mg/dl) 15 a 90 mg IV em 500 ml SF 0,9% por 4 h – início de ação em 24 horas, com duração do efeito por até 14 dias. Como sua infusão pode causar febre em 20% dos pacientes, pode ser utilizado antitérmico, como o Paracetamol.

Dose recomendada: Cálcio sérico até 13 mg/dl: 15 a 30 mg; 13 a 15 mg/dl: 30 a 60 mg;  $> 15$  mg/dl: 60 a 90 mg.

- Calcitonina: pouco utilizada pois a redução dos níveis de cálcio é mínima e variável, mas melhora com uso em conjunto do corticóide. Pode causar taquifilaxia e outros efeitos colaterais.
- Na hipercalcemia crônica – incentivar deambulação, se possível aumentar a ingesta hídrica, evitar diuréticos tiazídicos, bloqueador H2 e preparações que contenham cálcio. Usar corticóide – prednisona 20 a 40 mg / dia em caso de diagnóstico de mieloma ou linfoma. Também pode ser usado o clodronato 1600 mg/dia.

## 18. HIPERGLICEMIA

A intolerância à glicose é uma das primeiras anormalidades metabólicas descritas em pacientes com câncer avançado. Ocorre antes mesmo da perda de peso e da caquexia. Com a progressão do câncer, piora a resistência periférica à insulina, determinando dificuldades no controle glicêmico.

É importante descartar outras causas que podem causar hiperglicemia, como quadros infecciosos e medicamentos - principalmente os corticóides, mas também a fenitoína, os diuréticos e agentes imunossupressores.

O diagnóstico é realizado com duas ou mais dosagens da glicemia de jejum >110 mg/dl. A decisão de tratamento medicamentoso depende dos níveis glicêmicos e da sobrevida prevista do paciente. Na neoplasia avançada, o objetivo do tratamento é evitar as complicações agudas da hiperglicemia, como desidratação, maior risco de infecções, dificuldade de cicatrização de feridas, coma hiperosmolar e cetoacidose (que são mais comuns no paciente que já era previamente diabético).

### conduta

- Orientar dieta hipoglicídica.
- Hipoglicemiantes orais: Glibenclamida (Daonil®) 5 a 15 mg/dia dividido em até 3 tomadas antes das refeições; Gliclazida (Diamicron MR®) 30 a 90 mg/dia, em dosagem única antes do café-da-manhã; Glimepirida (Amaryl®) 1 a 6 mg/dia; Glipizida (Minidiab®) 5 a 10 mg/dia;
- Evitar iniciar uso de Metformin ® pelo risco de acidose láctica. Caso já use cronicamente, avaliar individualmente;
- Insulina NPH – indicada se não houver controle com hipoglicemiante oral.

Realizar inicialmente titulação da dose de insulina regular de acordo com a glicemia capilar pré prandial 3x dia. Aplicar insulina regular SC de acordo com o intervalo de variação da glicemia capilar.

Em geral: Até 180 mg/dl: não fazer

181 a 240 mg/dl: 2 a 4 UI

241 a 300 mg/dl: 6 a 8 UI

301 a 360 mg/dl: 8 a 10 UI

acima de 360 mg/dl: 12 UI

Cálculo de insulina NPH: somar o total de unidades usadas de insulina regular ao dia, administrada em 3 dias consecutivos, e dividir por 3. Do quarto ao sexto dias, aplicar 1/3 a 1/2 da dose da insulina NPH calculada antes do desjejum e manter o mesmo esquema de controle com a insulina regular. Ao término do sexto dia, somar as unidades de insulina regular necessárias nesta segunda etapa, dividir por 3 e acrescentar 1/3 a 1/2 das unidades calculadas de insulina NPH ao primeiro cálculo.

Entretanto, o contrário também pode acontecer, ou seja, a partir da progressão gradual da doença, da intensificação da síndrome da anorexia-caquexia, náuseas e vômitos, e queda da *performance status* (Tabela 01), a hiperglicemia passa a ser substituída ou alternada pelos episódios de hipoglicemia. Logo, na terminalidade, muitas vezes ocorre a suspensão dos hipoglicemiantes orais, por exemplo, bem como a contra-indicação da restrição alimentar.

Orientar :

- uso do aparelho de verificação da glicemia capilar periférica em domicílio, caso necessário.
- níveis séricos aceitáveis de glicose, uso regular das medicações e dieta em horários regulares.

- o reconhecimento de sintomas relacionados com a hiperglicemia, tais como: polidipsia, poliúria, nictúria, polifagia, fraqueza, prurido vulvar, diminuição da acuidade visual brusca ; e com a hipoglicemia, como: tonteira, sudorese fria.
- dietas e atividades físicas de intensidade fora do habitual.
- as complicações do diabetes em curto prazo, já que provocam redução da qualidade de vida.
- a dose das medicações diabetogênicas.

## 19. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Avaliada pelo nível tensórico não ocasional igual ou acima de 140 x 90 mmHg, quando encontrado em duas aferições em momentos distintos. Geralmente, consiste em uma comorbidade pré-existente à situação do câncer avançado. Com a piora do estado geral e da *performance status* (Tabela 01) do paciente de forma progressiva, passa a constituir sintoma pouco freqüente, sendo necessário, em alguns momentos, a suspensão dos anti-hipertensivos em uso. Pode estar associada à presença de ansiedade, dor ou qualquer desconforto do paciente, quando é necessário minimizar a causa base.

## 20. LINFEDEMA

Trata-se do acúmulo de líquido intersticial rico em proteína na pele e tecido subcutâneo. As causas mais comuns nos países ocidentais são lesão ou remoção de linfonodos devido a cirurgia, radioterapia, invasão tumoral ou como resultado de infecção ou inflamação. A ocorrência de linfedema nos membros superiores está relacionada na maioria dos casos à linfadenectomia axilar associada à mastectomia, enquanto nos membros inferiores é geralmente decorrente de dissecação, irradiação ou invasão tumoral de linfonodos pélvicos.

Na grande maioria dos casos o diagnóstico é feito através da anamnese e exame físico. O edema geralmente se inicia distalmente e progride proximalmente em meses ou anos. Inicialmente é mole e com cacifo e com passar do tempo, o estado inflamatório crônico, o acúmulo de gordura e a fibrose tecidual gradual geram um edema de consistência endurecida e sem cacifo. Ulceração e dor não são complicações muito freqüentes. Linfangite recorrente devido a estase linfática pode ocorrer. Nos casos de dúvida em relação ao diagnóstico, o ecocolor Doppler de membros inferiores pode auxiliar a descartar a presença de trombose venosa profunda.

### Conduta

Os objetivos do tratamento são reduzir a produção e acúmulo de líquido intersticial, reduzir a ocorrência de possíveis complicações e melhorar a funcionalidade e aparência do membro acometido. Muitas intervenções podem alterar o curso da doença, mas nenhum tratamento é completamente ou permanentemente curativo.

Algumas das condutas disponíveis são:

- Perda de peso e elevação do membro acometido inclusive durante a noite.
- Uso de meias elásticas durante o dia
- Compressão pneumática intermitente
- Drenagem linfática manual associada a bandagens compressivas e exercícios fisioterápicos
- Cuidados com a pele, prevenindo as alterações que podem estar associadas ao linfedema (dermatite, hiperqueratose, linforreia), e com os pés, visando evitar principalmente as infecções fúngicas.



- Tratamento cirúrgico – vários tipos de intervenções cirúrgicas estão disponíveis e podem ser indicadas se há falha do tratamento não invasivo, se o membro acometido estiver com sua função gravemente comprometida devido ao tamanho e ao peso do edema, se há alterações graves de pele ou linfangite recorrente (mais de 3 episódios em 1 ano).

## 21. NÁUSEA E VÔMITOS

São sintomas bastante comuns em pacientes com câncer avançado, ocorrendo em cerca de 60 a 70% dos casos.

A causa quase sempre é multifatorial, e pode incluir medicações, aumento da pressão intracraniana, alterações vestibulares, estresse emocional, entre outros.

Estes sintomas contribuem para a piora da qualidade de vida do paciente, bem como, do seu estado geral, pois provoca aumento da dificuldade para alimentação, acelera o emagrecimento e a sensação de fraqueza, contribui no desenvolvimento das alterações metabólicas muito frequentes no câncer avançado, e para a possibilidade de sangramento gastroesofágico. Além disso, provoca impactos psicológicos e sociais negativos.

Causas:

### **Drogas**

Opióides  
Digoxina  
Agentes quimioterápicos  
Antibióticos  
Antiinflamatórios não esteroidais  
Suplementação de ferro, polivitamínicos  
Antidepressivos

### **Alterações metabólicas**

Uremia  
Insuficiência hepática  
Hipercalcemia  
Hiponatremia  
Desidratação

### **Patologias vestibulares**

Tumores da base do crânio  
Tonteira relacionada a movimentação

### **Patologias gastrointestinais**

Doença péptica  
Obstrução intestinal  
Gastroparesia  
Distensão tumoral da cápsula hepática  
Doenças orofaríngeas  
Doenças esofageanas  
Peritonite carcinomatosa  
Distensão da árvore biliar

### **Alterações do SNC**

Aumento da pressão intracraniana  
Meningite

### **Outros**

Fatores emocionais (ansiedade, medo)  
Dor  
Toxinas relacionadas ao tumor  
Disfunção autonômica

## Conduta

Identificar a causa e tratá-la sempre que possível.

Aconselhamento nutricional: fracionar as dietas; respeitar a vontade, os gostos alimentares e os horários do paciente; preferir por alimentos frios e livres de condimentos.

Orientar higiene oral satisfatória, principalmente a cada episódio de vômito, a fim de melhorar o bem-estar do paciente.

Orientar ao paciente que evite ficar próximo de odores que possam contribuir para a sensação de náuseas.

Intervenções não farmacológicas.

Realizar refeições em pequenas quantidades e aumentar o intervalo entre elas, oferecer alimentos que sejam da preferência do paciente, manter ambiente tranquilo e sentar o paciente à mesa durante as refeições sempre que possível, dar as medicações após as refeições (exceto os antieméticos), manter higiene oral adequada, evitar frituras, alimentos gordurosos e com odor forte.

- Tratamento farmacológico:

As drogas mais utilizadas são os antagonistas dopaminérgicos, antagonistas serotoninérgicos e anti histamínicos. Sempre preferir a via oral de administração, salvo se houver persistência de vômitos que impossibilitem esta via.

Antagonistas dopaminérgicos – bloqueiam os receptores D2 dopaminérgicos no CTZ (chemoreceptor trigger zone) e têm como efeitos colaterais principais a sedação, hipotensão e síndrome extra-piramidal.

Metoclopramida (Plasil®) - Eficaz no tratamento das náuseas e vômitos relacionados ao câncer avançado, principalmente nos casos de gastroparesia. As doses utilizadas variam de 10 a 40 mg VO ou IV de 3 a 4x/dia. Em doses elevadas (acima de 120 mg/dia) tem seu efeito antiemético potencializado, porque passa a inibir também receptores serotoninérgicos, porém aumenta-se muito os riscos de efeitos colaterais.

Haloperidol (Haldol®) - Tem efeito antiemético potente e pode ser usado no tratamento da náusea refratária em doses que variam de 0,5 a 2 mg VO ou IV a cada 6 a 8 horas.

Prometazina (Fenergan®) – Também com efeito anti histamínico e anticolinérgico. Promove efeito sedativo maior e aumenta risco de delirium em idosos. Dose: 25 mg 2 a 3x/dia

Domperidona (Motilium®) – Promove bloqueio dopaminérgico somente em nível periférico porque não atravessa barreira hematoencefálica. Assim, não tem efeito sedativo e não causa síndrome extra-piramidal. Dose: 10 mg 3x/dia.

Olanzapina (Zyprexa®) – Antipsicótico atípico com efeito antagonista dopaminérgico e serotoninérgico. Estudos sugerem ser uma boa opção em termos de eficácia antiemética com menores efeitos extra-piramidais.

Antagonistas serotoninérgicos - bloqueiam os receptores 5HT3 no CTZ (chemoreceptor trigger zone). Utilizados principalmente no tratamento da náusea refratária e para náuseas e vômitos induzidos por radio e quimioterapia. Podem causar constipação e cefaléia.

Ondansetron (Zofran®, Nausedron®) - 8 mg VO ou IV 2 a 3x/dia.

Anti histamínicos – Particularmente úteis quando há um componente vestibular para o sintoma, mas também utilizados para obstrução intestinal e náuseas associadas à metástases cerebrais.

Medizina (Medizin®) – 25 a 50 mg VO a cada 4 a 6 horas.

Corticoesteróides – para tratamento de náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia, para aumento da pressão intracraniana devido à metástases cerebrais e também utilizados em casos de obstrução gastrointestinal.

Dexametasona 1 a 4 mg VO ou IV a cada 6 horas

Prednisona 5 a 20 mg VO a cada 6 horas.

Outras drogas também podem ser utilizadas como o octreotide, que diminui a secreção gástrica, sendo útil em casos de obstrução intestinal, os benzodiazepínicos, se há um componente importante de ansiedade associado, e os antiácidos, inibidores da bomba de prótons e inibidores H2 para náuseas e vômitos associados à gastrite, esofagite e úlcera péptica.

Gastrostomia - opção para alívio de sintomas, em quadros de obstrução intestinal relacionada ao tumor, refratários ao tratamento clínico.

## 22. OBSTRUÇÃO INTESTINAL

Situação na qual o trânsito através do trato gastro intestinal é retardado ou obstruído.

A maior causa é carcinomatose peritoneal – mais freqüente no tumor de ovário – 40 %, seguida de tu de cólon e retal – 20 %, e pâncreas, estômago e colo de útero.

- 30 % dos pacientes tem patologia obstrutiva benigna.

Sintomas:

vômitos

dor

distensão abdominal

peristalse aumentada

parada de eliminação de gases e fezes

- Exame físico inclui toque vaginal e retal, rotina de abdome agudo e exames laboratoriais (rever distúrbios metabólicos, a ex.: potássio e cálcio)

### Conduta clínica

- Dieta zero
- CNG em sifonagem se ocorrerem mais de 3 episódios em 6 horas (avaliar a vontade do paciente)
- HV (40 a 50 ml / kg / dia) + reposição eletrolítica

Anti-espasmódico – hioscina até 240 mg /dia IV

- Bloqueador H<sup>2</sup> – ranitidina 50 mg IV 8/8 h
- Metoclopramida – 1 ampola IV até 6/6h
- Transfusão de hemáceas se necessário – manter Hb > 7 mg %
- Observar indicação do haloperidol 0,5 mg 3 X dia, como tratamento Sintomático

### **Conduta ciruúrgica**

- apenas indicada se o paciente possuir PS até 3 (para correção de prolapso – PS até 2)
- metástase hepática, ascite ou insuficiência renal contra-indicam o, procedimento cirúrgico

OBS: PS até 3, sem indicação de colostomia , rever benefício de GTO descompressiva (considerar se com uso permanente do CNG após 2 semanas).

Indicações cirúrgicas de urgência/emergência:

- pneumoperitônio
- obstrução em alça-fechada
- sepse (translocação bacteriana, perfuração, isquemia)

Observar que a hidratação venosa farta com recuperação volêmica é prioritária ao melhor prognóstico.

## **23. RADIOTERAPIA PALIATIVA**

Priorizar pacientes com PS até 3 com indicação para :

- Metástase óssea: 80 % dos pacientes respondem em 1 a 2 semanas, independente da radio sensibilidade. Também melhora a dor da fratura patológica.
- Metástase cerebral: Alívio da cefaléia em 70 % dos casos. Confusão, déficit motor e sensitivo respondem em > 50 % casos. Após radiação, desmamar corticoterapia.
- Obstrução brônquica: Tosse e hemoptise – casos persistentes ou que piorem a despeito do tratamento conservador .

Dispneia: responde em 90 % dos casos.

- Compressão de medula: Sem instabilidade da coluna. Necessário diagnóstico e conduta nas primeiras 72 h do início dos sintomas.
- Síndrome de Veia Cava Superior: Após tratamento conservador. Manter corticóide após RXT.
- Tumores exofíticos: Visa controle do crescimento tumoral, do exsudato e do sangramento.

- Hemorragia: casos de hemoptise, metrorragia, hematúria, sangramento retal e sangramento de estoma.

Toxicidade varia com o sítio e extensão irradiada. Geralmente com duração curta e auto- limitada (ex: se campo de irradiação no estômago e fígado – náusea e vômitos; se no intestino delgado – cólica e diarreia).

Caso necessário radiação do hemicorpo, usar pré tratamento: hidrocortisona 100 mg + metoclopramida 10 a 20 mg + hidratação.

## **24. ROTINAS DE CURATIVOS**

### **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE FERIDAS**

#### **A fisiologia da cicatrização**

Trata-se de um processo altamente complexo e composto por uma série de estágios, que sofrem diversas interferências internas e externas ao organismo, relacionadas, por exemplo, com o estado nutricional do paciente. Dentre os estágios destacamos: inflamação (reação local não-específica caracterizada pela presença de calor, rubor, edema e dor); reconstrução (desenvolvimento do tecido de granulação); epitelização (a ferida é coberta por células epiteliais após completo preenchimento da ferida cavitária pelo tecido de granulação); maturação (remodelação do tecido cicatricial). Todos esses estágios duram períodos variáveis.

As feridas podem ser classificadas como agudas e crônicas. Nesse manual serão discutidas as feridas crônicas, ou seja, as que possuem um período de cicatrização muito longo. Dentre elas destacamos as úlceras por pressão, úlceras venosas e arteriais, as úlceras diabéticas e as feridas tumorais, que constituem as mais frequentes em pacientes portadores de doença oncológica avançada.

#### **Fatores que influenciam negativamente a cicatrização**

Infecção, idade avançada, obesidade, fumo, caquexia, estado nutricional, diabetes, doença cardiovascular, imobilidade, incontinência urinária e/ou fecal, tratamento radioterápico ou quimioterápico, uso de drogas imunossupressoras, hospitalização prolongada, qualidade e adequabilidade dos curativos, problemas socioeconômicos e má condição higiênica, doença oncológica avançada e seus diversos sintomas.

#### **Tratamento de feridas em pacientes com doença oncológica avançada**

Em geral, os pacientes com câncer avançado portadores de feridas grandes, muitas vezes, relacionadas com a doença, não alcançam a cicatrização, conforme objetivo terapêutico. Logo, diante da sobrevida curta, os objetivos do tratamento devem consistir o controle dos sintomas, como por exemplo, redução dos odores, sangramentos, secreções, dentre outros problemas frequentes; manutenção do conforto, da qualidade de vida e do convívio social, conforme possibilidade. O cuidado deve ser planejado conforme os desejos do paciente, e não exclusivamente através das idéias do enfermeiro. A preservação da autonomia, da individualidade e da dignidade humana constitui objetivos do tratamento.

Caso a troca dos curativos provoque dor e desconforto, devem-se utilizar estratégias para redução da frequência das trocas e para o controle da dor nesse momento. Valorizar as queixas do paciente é primordial, bem como, as questões relacionadas com os sentimentos de medo, negação, pesar, auto estima rebaixada e desamparo.

#### **Fatores gerais a serem considerados na avaliação da ferida**

- 1) Classificação da ferida: crônica (alta duração ou recorrência frequente), aguda (traumáticas, queimaduras e outras) ou pós-operatória (agudas intencionais).
- 2) Profundidade da ferida.
- 3) Formato e tamanho da ferida.
- 4) Quantidade de exsudato.
- 5) Localização da ferida.
- 6) Aparência da ferida com descrição dos tecidos presentes (isquemia, necrose, esfacelos, tecido de granulação e epitelização).
- 7) Classificação do odor (fétido, algum, nenhum).
- 8) Ambiente do tratamento.

## Úlcera por Pressão

Desenvolve-se quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea (como o sacro) e uma superfície externa (como um colchão ou assento de cadeira) por um longo período. Durante esse período de compressão o fornecimento de sangue é interrompido pela oclusão da microcirculação, e de acordo com a durabilidade do evento, é desencadeado o surgimento da lesão.

### *Fatores de Risco*

Condições físicas gerais, idade avançada, função mental prejudicada, alterações da sensibilidade, imobilidade, atividade diminuída, incontinências e condições nutricionais precárias (caquexia).

### *Avaliação*

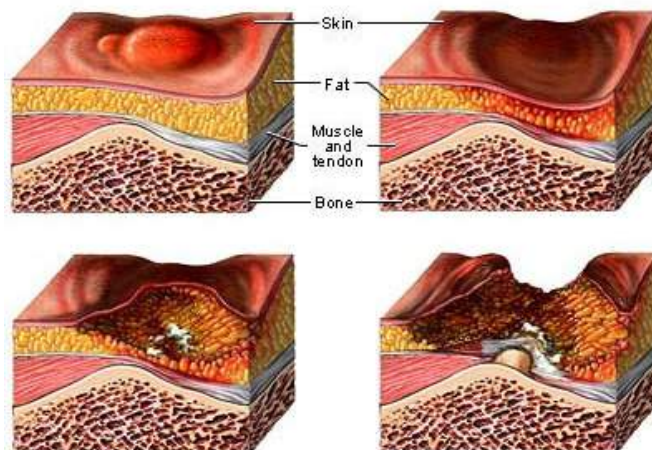
#### **Estagiamento**

Estágio 1 – Hiperemia persiste e em peles escuras vermelho, azul e púrpura;

Estágio 2 – Perda cutânea envolvendo epiderme ou derme que se manifesta por abrasão, flictema (bolha) ou cratera rasa;

Estágio 3 – Perda cutânea podendo envolver desde o tecido subcutâneo até a fáscia subjacente, manifesta-se por cratera profunda;

Estágio 4 – Perda cutânea envolvendo tecido muscular, ossos e estruturas de suporte (p.ex, tendão ou cápsula articular)



### *Rotina para prevenção:*

- Avaliar risco com Escala de Braden:

#### **Percepção sensorial**

Responde ao desconforto da pressão?

1. Não responde estímulos algícos (1)

2. Não consegue comunicar desconforto (2)
3. Nem sempre comunica desconforto (3)
4. Sem déficit sensorial e se comunica bem (4)

### **Umidade**

O quanto a pele está exposta à umidade

1. Constantemente (1)
2. Frequentemente (2)
3. Ocasionalmente (3)
4. Raramente (4)

### **Atividade**

Grau de Atividade Física

1. Restrito ao leito (1)
2. Restrito à cadeira (2)
3. Caminha ocasionalmente (3)
4. Sem limitações (4)

### **Mobilidade**

Capacidade de mudar e controlar as posições

1. Imóvel, não faz mudança de decúbito (1)
2. Pequenas mudanças ocasionais (2)
3. Pequenas mudanças frequentes (3)
4. Importantes e frequentes mudanças (4)

### **Nutrição**

Padrão geral da ingesta

1. Muito pobre (1)
2. Inadequada (2)
3. Adequada (3)
4. Excelente (4)

### **Fricção e Cisalhamento**

1. Problema (1)
2. Problema potencial (2)
3. Sem problema aparente (3)

Abaixo de 11= Risco Elevado

12-14 = Risco Moderado

15-16 = Risco Mínimo



- Avaliação da equipe interdisciplinar: enfermeiro, nutricionista, médico, fisioterapeuta e massoterapeuta.
- Avaliar os riscos do paciente com câncer avançado atentando para: presença de fadiga, síndrome de caquexia-anorexia, dor e metástases ósseas, prevenção de fraturas patológicas.
- Mudança de decúbito de 2/2 horas.
- Manter pele sempre limpa e hidratada a cada troca de fralda e/ou absorvente;
- Prevenir a umidade constante.
- Não massagear proeminências ósseas.
- Não utilizar oleado, se necessário para higiene do local (leito) e sim utilizar plástico fino.
- Manter lençóis e traçados sempre esticados.
- Quando for esticar o lençol não o faça com o paciente sobre ele, e sim o vire para decúbitos laterais, devido à fricção, que implica abrasão da camada superior da pele e o cisalhamento, que separa a pele dos tecidos subjacentes.

### *Terapêutica*

- Retirar as coberturas, os adesivos cautelosamente, se necessário umedecê-lo antes de retirar.
- Irrigar a lesão com jatos de água morna de boa procedência, principalmente em casos de pacientes que são assistidos em domicílio ou com soro fisiológico 0,9% morno. OBS: não usar soro ou água mornos somente em feridas com risco de hemorragia e feridas tumorais.
- Secar somente as bordas da lesão.
- Utilizar um produto de cada vez, e somente associar dois produtos após uma boa avaliação.

### *Registro*

- Descrever: o estagiamento da úlcera, caso não haja tecido necrótico extenso no leito da úlcera; localização anatômica, tamanho da úlcera (profundidade, altura e largura); leito da úlcera com descrição dos tecidos presentes; a presença ou não de odor e de exsudato, descrevendo coloração e quantidade; a característica da pele ao redor da lesão; presença ou não de sinais que caracterizam uma infecção; presença de fístulas e espaço morto; dor.

### *Tipos de tecidos e condutas específicas*

**Ferida necrótica dura:** precedida pela isquemia do tecido, constituindo uma área morta de coloração preta ou marrom. Deve ser removida através do desbridamento cirúrgico, quando a capa necrótica já está se descolando e pode ser retirada com auxílio de uma pinça e uma lâmina de bisturi. Este método nem sempre é o mais indicado pelo risco de sangramento, já que a capa necrótica mascara, muitas vezes, a real profundidade da lesão. Essa capa necrótica também pode ser amolecida com hidrogel amorfo ou hidrocolóide. A papaína em baixa concentração também pode ser utilizada com objetivo de desbridar. O uso contínuo da colagenase não é indicado.

**Ferida necrótica com exsudação:** curativo de alginato, de preferência em fita nos casos em que a ferida tem cavidade. No caso de presença de fístulas, o alginato em placa pode funcionar como excelente tampão para diminuir a exsudação e proporcionar conforto ao paciente. Diante de pouca exsudação, pode-se utilizar o hidrocolóide ou hidrogel amorfo. Nesse caso, também é eficaz utilizar hidrocolóide gel na cavidade e cobrir a lesão com hidrocolóide placa. Como a liquefação do tecido necrótico gera odor, o curativo de carvão ativado também pode ser utilizado com intuito de reduzir o odor.

**Observação:** nos casos em que o tecido necrótico for muito extenso e endurecido, solicitar avaliação do médico cirurgião, por meio de parecer, para possível realização completa do desbridamento cirúrgico da lesão.

**Feridas infectadas:** eliminação de exsudato purulento de coloração incomum. Pode desencadear febre. Gera muitas vezes um tecido de granulação não sadio e que sangra facilmente, bem como, alguns bolsões/coleção de exsudato purulento, dor, retardo na cicatrização e odor fétido. É indicada realização do swab da ferida para avaliação do microorganismo causador da infecção. Esse procedimento deve ser precedido da retirada do curativo antigo e devida limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9%. Após a acusação da bactéria causadora, o médico deve ser notificado para que o antibiótico sistêmico seja iniciado. A limpeza dessas lesões precisa ser com abundância de SF 0,9%, e quantas vezes ao dia forem necessárias. Antibióticos tópicos também podem ser associados, como é o caso da sulfadiazina de prata, eficaz contra *Pseudomonas aeruginosa*. Os alginatos também são adequados para feridas infectadas. As infecções causadas pelo *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (MRSA) devem ser tratadas com antibióticos específicos.

**Feridas com esfacelos ou fibrina:** apresenta coloração amarelada, geralmente, podendo estar muito aderida ao leito da lesão, cobrindo grande parte desta. É composto por células mortas que se acumularam no exsudato e pode significar o final da fase inflamatória. O objetivo do tratamento constitui na escolha da cobertura adequada para a manutenção do leito úmido, bem como, a liquefação do esfacelo. Tal como o tecido necrótico, deve ser removido.

**Feridas com tecido de granulação:** a lesão apresenta-se com a coloração vermelha. É indicado o uso do ácido graxo essencial associado ao óleo de girassol, hidrocolóide pasta e placa, filme de poliuretano e papaína em altas concentrações (cicatrizar).

**Feridas com granulação hipertrófica, com granulação exuberante ou supergranulação:** interfere na fase de epitelização. Utilizar bastão de nitrato de prata, que possui efeito cáustico, destruindo o tecido saliente. Além disso, de forma menos traumática e facilmente manipulado pelos enfermeiros, o uso do filme de poliuretano também tem apresentado bons resultados.

#### *Cuidados com a pele peri-lesão*

- Mantê-la seca; ter cuidado na retirada dos curativos adesivos; tratar as dermatites de contato, micoses e prurido ocasionais; conhecer alergias. Antes da aplicação de ataduras para a fixação dos curativos indica-se a aplicação do ácido graxo essencial. Se possível, banhos de imersão ou aspersão podem ajudar a remover as descamações da pele.

### **Úlcera Venosa**

Diante de uma insuficiência venosa crônica, que corresponde a principal responsável pelas úlceras de perna, há o risco iminente de desenvolvimento da trombose ou varicose. Esses eventos danificam o funcionamento das válvulas das veias da perna. Essas válvulas têm a função de impulsionar, juntamente com a contração dos músculos, o retorno sanguíneo na direção do coração. Quando danificadas, esse fluxo sanguíneo fica desordenado. Quando esse sangue retorna ao leito capilar, caminho contrário do que deveria estar fazendo, aumenta a pressão venosa (que pode causar as varizes), possibilitando a saída de células de maior peso molecular para o espaço extravascular. A saída dos glóbulos vermelhos e a liberação da hemoglobina nesse espaço são responsáveis pela coloração marrom da pele e pelo eczema (dermatite de estase). Por fim, ocorre a lipodermatosclerose, ou seja, a fibrose dos tecidos subjacentes. Essa fase é totalmente vulnerável ao surgimento de lesões, bastando um leve trauma. O sistema linfático também pode estar afetado, o que contribui para a formação da fibrose e do edema.

### *Etiologia*

Em sua grande maioria pela insuficiência venosa crônica, que pode causar uma hipertensão venosa de longa duração ou obstrução venosa. As úlceras venosas estão relacionadas também com o diabetes.

### *Terapêutica*

- Requer avaliação médica para obtenção do diagnóstico acurado, já que o tratamento para úlcera venosa não é compatível com o tratamento para úlcera arterial.
- Considerar aspectos relacionados com a mobilidade do paciente, seu estado nutricional, estado emocional, sono, tabagismo e condições patológicas prévias.
- Examinar todo o membro. As manchas da lipodermatosclerose são mais comuns no peito do pé.
- Em geral, a extremidade do membro é aquecida e os pulsos periféricos são palpáveis, já que não há comprometimento arterial.
- A pele em volta da úlcera pode estar muito fragilizada.
- A dor é comum e aumenta durante a infecção.
- A principal posição anatômica é o maléolo medial.
- Retirar a atadura e coberturas cautelosamente.
- Irrigar a lesão com jatos de água morna de boa procedência principalmente em casos de pacientes que são assistidos em domicílio ou com soro fisiológico 0,9% morno. OBS: não usar soro ou água morna somente em feridas com risco de hemorragia e feridas tumorais.
- Secar somente as bordas da lesão.
- Se o paciente apresentar eczema pruriginoso usar uma solução de permanganato de potássio a 0,01%, que tem efeito adstringente.
- Utilizar um produto de cada vez, e somente associar dois produtos após uma boa avaliação.
- Avaliar a característica da lesão para escolha do produto, administrando em pouca quantidade, proteger com pouca gaze.
- Iniciar a bandagem do pé até o joelho em espiral de forma compressiva com o intuito de favorecer a drenagem da perna. Deve haver maior pressão no tornozelo do que na panturrilha. A meia elástica também pode ser utilizada.
- As bandagens com pastas, como por exemplo, com óxido de zinco, podem ser utilizadas nos casos em que a pele ao redor encontra-se muito descamativa e com dor. Porém, estas não provocam a compressão desejada, mas intensificam a compressão gerada pela bandagem usada sobre ela.
- As bandagens com pasta devem ser aplicadas de forma folgada para a ocorrência de eventual edema.
- Orientar o repouso com os membros inferiores elevados acima do nível do coração.
- Blocos de madeiras podem ser ajustados nos pés da cama para que fiquem mais altos.
- Manter atividade física, na medida do possível, sem que haja contra-indicação.
- As infecções devem ser tratadas conforme conduta médica.

### **Úlcera Arterial**

Caracteriza-se como uma ferida decorrente de uma isquemia por insuficiência arterial, geralmente por progressão de aterosclerose (formação de placas no revestimento interno das artérias). Ocorre claudicação intermitente. A perna pode ser fria, sem pêlos com pulsos periféricos ausentes ou filiformes. As úlceras podem acontecer, principalmente, nos dedos, nos pés e calcanhares, profundas e com aspecto de "furos". Ocorre sério risco de desenvolvimento de sepse e gangrena, com desenvolvimento rápido.

### *Etiologia*

Traumatismo, trombose, ou de forma crônica secundárias a doenças como aterosclerose. Tanto a insuficiência arterial aguda quanto a crônica podem causar, a formação de úlceras de membros inferiores.

A obstrução do fluxo arterial pode ser classificada como anatômica ou funcional. As causas anatômicas de obstrução incluem trombose, embolia e aterosclerose. As causas funcionais ocorrem em situações como doença de Raynaud, em que a função vasomotora anormal gera obstrução reversível. A doença de Buerger é outro tipo de mal que afeta as artérias periféricas com a formação de trombos e oclusão dos vasos.

### *Terapêutica*

- Encaminhar o paciente para avaliação do cirurgião vascular.
- Como a doença arterial tende a ser progressiva, o controle dessas úlceras em geral exige revascularização. Pode demandar a amputação do membro.
- O tratamento deve ser orientado para as causas da doença arterial, por exemplo, na arteriosclerose inclui exercícios, redução do colesterol, abandono do tabagismo, controle da pressão arterial e glicemia e o uso dos agentes antiplaquetários são frequentemente usados para tratar os sintomas associados à doença arterial periférica.
- Tratar a dor.
- Manter os membros aquecidos.
- Irrigar a lesão com jatos de água morna de boa procedência principalmente em casos de pacientes que são assistidos em domicílio ou soro fisiológico 0,9% morno. OBS: não usar soro ou água morna somente em feridas com risco de hemorragia e feridas tumorais.
- Secar somente as bordas da lesão.
- Utilizar um produto de cada vez, e somente associar dois produtos após uma boa avaliação.
- Avaliar a característica da lesão para escolha do produto, administrando em pouca quantidade, proteger com pouca gaze e ocluir com micropore. O objetivo do tratamento consiste em eliminar o tecido necrótico e evitar a infecção.

OBS: Em caso de úlceras mistas, a compressão só é realizada com prescrição de um médico cirurgião vascular caso o principal fator seja o venoso.

Não aplicar compressão em úlceras arteriais.

**Qual a função das coberturas mais utilizadas atualmente:**

<b>NOMES</b>	<b>INDICAÇÕES</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
ALGINATO	Indicado em lesões infectadas ou não, com média ou alta exsudação, com sangramento ou em presença de necrose e fibrina.	Usado como curativo primário, por ser aplicado sobre o leito da ferida, necessitando de um curativo secundário para ocluir ou fixá-lo. A frequência de troca deve ser avaliada de acordo com a quantidade de exsudato presente na ferida, podendo permanecer até 4 dias.
HIDROCOLÓIDE	Indicado em feridas não infectadas, com médio e baixo volumes de exsudação. Pode ser usado em presença de tecido necrótico e fibrina.	A troca do curativo deve ser realizada sempre que ocorrer vazamento do gel. Poderá permanecer por até 7 dias. O gel formado com o exsudato da ferida tem cor amarelada e odor desagradável que desaparece após a limpeza da ferida.
TRIGLICERÍDEOS DE CADEIA MÉDIA E ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS	Indicados para o tratamento de feridas não infectadas, desbridadas previamente, médio ou pouco exsudativas. A ferida deve ser irrigada com a solução e coberta com um curativo oclusivo.	As trocas devem ser diárias.
PAPAÍNA (1%, 5% OU 10%)	Indicada para feridas necróticas e na presença de fibrina, sendo contra-indicada em casos de lesão isquêmica.	Não deve ser usada ou misturada com substâncias derivadas ou compostas de ferro ou iodo, pois é facilmente oxidada.
COLAGENASE 0,6UI	Indicada em lesões isquêmicas e feridas necróticas.	A cada 24h
CARVÃO ATIVADO COM PRATA	Indicado para lesões infectadas, com média e alta exsudação, com ou sem odor.	Curativo primário, exigindo sempre a cobertura com um secundário. Deve ser trocado sempre que estiver saturado, podendo permanecer por até 7 dias.
CURATIVOS DE FILMES TRANSPARENTES	Indicado para locais de inserção de cateteres periféricos, cateteres centrais tunelizados ou não, cateteres de pressão intracraniana, cateteres umbilicais e para proteção de áreas de proeminências ósseas em pacientes de alto risco para desenvolvimento de úlcera de pressão.	Em cateteres, deve ser trocado a cada 72 horas; nas áreas de pressão, pode permanecer por 7 dias.

### **Úlcera Diabética**

São ulcerações que surgem no pé como uma complicação tardia do diabetes pela alteração de sensibilidade periférica (neuropatia periférica), bem como, pela doença vascular periférica. O risco de desenvolvimento de infecção é iminente, e muitas situações terminam na amputação do membro. Contudo, não é acompanhada de dor.

## *Etiologia*

Traumatismo, uso de sapatos inadequados, deformidades nos pés provenientes da complicação do diabetes desencadeando as calosidades (pé de Charcot).

## *Terapêutica*

Em primeiro lugar deve-se prevenir esse tipo de complicação, o que pode ser obtido com a educação do paciente. Este deve evitar andar descalço, ter cuidado ao cortar as unhas, usar sapatos adequados, verificar antes de calçá-los a presença de algum corpo estranho dentro dele, observar diariamente os pés com auxílio de um espelho, se necessário. Caso a acuidade visual do paciente esteja comprometida, o que constitui outra complicação tardia do diabetes, este deve contar com auxílio de outra pessoa, ou manter vínculo periódico com o enfermeiro. O uso correto dos hipoglicemiantes orais, da insulina e a adequada dieta alimentar também são cuidados indispensáveis para o diabético. Os fumantes devem largar o cigarro.

- Avaliar minuciosamente o pé em busca de calos, bolhas, fissuras, deformidades ou úlceras.
- Classificar o paciente conforme o risco: *nível 1* (nenhuma evidência clínica de neuropatia ou doença vascular periférica); *nível 2* (pacientes com pé em risco, pois apresentam um ou mais dos seguintes fatores: ulceração prévia, neuropatia, doença vascular periférica, calo, deformidade no pé, má visão, incapacidade física, idade avançada, viver sozinho); *nível 3* (pacientes com ulceração ou gangrena, com alto risco de amputação).
- Nos casos em que a úlcera já está presente, pode-se utilizar a seguinte escala: *grau 0*: pé em risco; *grau 1*: úlcera superficial não infectada; *grau 2*: úlcera mais profunda, freqüentemente infectada, sem osteomielite; *grau 3*: úlcera mais profunda, formação de abscesso, osteomielite; *grau 4*: gangrena localizada (dedo, parte dianteira do pé ou calcanhar); *grau 5*: gangrena em todo o pé.
- Os pés devem ser bem lavados e secados.
- Atentar para a possibilidade da presença da úlcera arterial concomitantemente com a úlcera diabética.
- Observar o calçado e local da ulceração constitui uma importante pista para a classificação da úlcera como diabética.
- Encaminhar o paciente ao especialista em podologia para a remoção dos calos.
- Encaminhar o paciente para consulta com o vascular, e ao endocrinologista.
- Os demais objetivos são semelhantes ao tratamento das úlceras venosa e arterial, ou seja, remover o tecido necrótico e tratar a infecção.
- Não utilizar bandagens para compressão.
- Estar atento quanto às questões psicológicas e sociais envolvidas.
- Encaminhar o paciente para o psicólogo e/ou assistente social.

## **Ferida Tumoral**

São formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele. Ocorre quebra da integridade do tegumento e em decorrência da proliferação celular descontrolada que o processo de oncogênese induz, ocorre a formação de uma ferida evolutivamente exofítica.

O cuidado do enfermeiro ao paciente portador de ferida tumoral tem como principal objetivo o controle de sintomas, sejam os de ordem física, psicológica, emocional, espiritual ou social. Desta forma, busca-se o controle do odor, a melhor estética do curativo realizado, o controle da quantidade de exsudato, da dor, do sangramento, da colonização por microorganismos, ou seja, concentrando medidas que vão colaborar para a melhor auto-estima, auto-cuidado, qualidade de vida e convívio social.

Poucos são os estudos realizados nessa área, o que leva os enfermeiros a aplicar condutas de acordo com experiências prévias, de acertos e erros, empiricamente.

## *Avaliação*

### Estadiamento

*Estádio 1* – Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada e/ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Encontra-se em estado assintomático.

*Estádio 1N* – Ferida fechada ou com abertura superficial por orifícios de drenagem de secreção límpida, amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, lesão seca ou úmida. Pode haver dor e prurido. Não apresenta odor e configura-se sem tunelizações e/ou formação de crateras.

*Estádio 2* – Ferida aberta, envolvendo derme ou epiderme. Ulcerações superficiais podendo apresenta-se friáveis, sensíveis a manipulação, com secreção ausente (lesões secas) ou em pouca quantidade (lesões úmidas). Intenso processo inflamatório ao redor, em que o tecido exibe coloração vermelha e/ou violácea e o leito da ferida configura-se com áreas secas e úmidas. Pode haver dor e odor. Não formam tunelizações, pois não ultrapassam o tecido subcutâneo.

*Estádio 3* – Feridas que envolvem derme, epiderme e subcutâneo. Têm profundidade regular, mas com saliências e formação irregular. São friáveis, com áreas de ulcerações e tecidos necróticos liquefeito ou sólido e aderido. Fétida, secretivas, já com aspecto vegetativo, mas que não ultrapassam o subcutâneo. Podem apresentar lesões satélites em risco de ruptura iminente. Tecido de coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de coloração amarelada.

*Estádio 4* – Feridas invadindo profundas estruturas anatômicas. Tem profundidade expressiva, por vezes não se visualiza seus limites. Tem secreção abundante, odor fétido e dor. Tecido ao redor exibe coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de coloração amarelada.

## *Terapêutica*

- Fazer uso da medicação para dor por via oral 30 minutos antes de abrir o curativo, ou por via subcutânea, conforme indicação.
- Retirar as coberturas, os adesivos cautelosamente, se necessário umedecê-lo antes de retirar.
- Retirar míias, se presentes.
- Irrigar abundantemente a lesão com jatos de água de boa procedência principalmente em casos de pacientes que são assistidos em domicílio ou soro fisiológico 0,9%. OBS: em feridas hemorrágicas utilizar soro gelado.
- Secar toda a lesão sem esfregá-la.
- Administrar gel de metronidazol a 0,8% sobre toda a lesão, durante o tempo que for necessário para a eliminação do odor ou sua diminuição.
- Em alguns casos o tratamento tópico da lesão não resolve satisfatoriamente o odor, o que requer a prescrição médica de metronidazol sistêmico.
- No caso de infecções causadas pela *Pseudomonas aeruginosa*, utilizar creme de sulfadiazina de prata.
- Dependendo da localização da fístula, alguns dispositivos coletores podem ser adaptados.
- Em lesões sem exsudato e sem odor ou com a pele íntegra indica-se o uso do óleo mineral para evitar a aderência da gaze ou possível injúria do tecido.
- A pomada com óxido de zinco pode ser utilizada na pele peri-lesão no intuito de protegê-la e evitar dermatites.

- O desbridamento cirúrgico com auxílio de uma pinça e uma lâmina de bisturi de parte de tecidos desvitalizados, principalmente nas úlceras tumorais da mama pode contribuir para o controle do odor e do exsudato. Esse procedimento não é indicado em lesões hemorrágicas.
- Esse desbridamento também tem sido realizado com auxílio da papaína em baixa concentração.
- Pomadas com corticóide também podem ser utilizadas no controle do prurido peri-lesão.
- Discutir com o médico a indicação de radioterapia para controle de hemorragia.
- Atentar quanto aos cuidados com o linfedema que pode estar associado no câncer de mama, cérvix ou vulva.

#### **COLETA DE CULTURA:**

- **Feridas, abscessos e exsudatos:** limpar a ferida com SF 0,9%, coletar o material purulento na parte mais profunda da ferida, aspirando com seringa e agulha. A escarificação das bordas é o material adequado para cultura. Swabs são menos recomendados.
- **Lesões abertas úmidas e úlceras:** limpar ao redor da ferida com gaze embebida em álcool a 70%, remover crostas com SF 0,9%, passar o swab na base e bordas, colocá-lo em meio de cultura e enviar imediatamente ao laboratório. Não coletar pus emergente.

#### **Estomas**

**Intestinais** - Temos as Colostomias definitivas, em alça e de duas bocas e as ileostomias que estão indicadas no tratamento de uma série de doenças que incluem câncer, diverticulite, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, trauma, magacolon, anomalias congênitas, colite e retites actínicas.

##### *Cuidando do estoma intestinal*

- Limpeza da pele ao redor do estoma com água ou soro fisiológico mais clorexidina degermante, retirando todo o sabão.
- Aplicar carboximetilcelulose em pó, após certificado pele seca, para prevenir dermatite peri-estoma.
- Medir os estomas com auxílios de medidores próprios e/ou réguas, cortando a bolsa coletora, o mais próximo da anatomia do estoma, pois previne dermatite peri-estoma.
- Trocar a bolsa coletora somente quando a mesma satura sua placa que contém hidrocolóide, tornando-se esbranquiçada.

OBS: Clara de ovo possui albumina avis, pode ser passada em dermatites perietomas já instalados, contando que seja armazenada em geladeira por no máximo 72h.

**Urinários** - Nefrostomia: é uma intervenção cirúrgica que consiste em efetuar uma abertura no rim, com o objetivo de drenar a diurese. Permite a resolução da obstrução uretral e recuperação da função renal em pacientes com uropatia obstrutiva. Tem também um papel importante na obstrução das vias urinárias por neoplasias abdominais avançadas.

##### *Cuidando da nefrostomia*

- Limpar o estoma com água ou soro fisiológico 0,9 %.
- Secar ao redor.
- Se houver lesão periestomal, poderá ser aplicado ácido graxo essencial (AGE).
- Adaptar adequadamente o dispositivo coletor.



**Gastrostomia** – Criação de um orifício externo no estômago para alimentação e suporte nutricional, quando há impossibilidade ou perigo de usar a via normal.

#### *Cuidando da gastrostomia*

- Limpar o estoma com água ou soro fisiológico 0,9 %.
- Secar ao redor.
- Se houver lesão peristomal, poderá ser aplicado ácido graxo essencial (AGE).

**Traqueostomia** – É uma pequena abertura feita na traquéia, que fica na parte anterior do pescoço, neste local, é introduzido um tubo de metal (chamado cânula) para facilitar a entrada e de ar.

#### *Cuidando da traqueostomia*

- Limpar o estoma com água ou soro fisiológico 0,9 %.
- Secar ao redor.
- Troca da cânula metálica quando necessário, e quando não estiver na posição transtumoral com risco de sangramento.
- Orientar limpeza da subcânula.
- Proteger a área ao redor com gaze.
- Se houver lesão peristomal, poderá ser aplicado ácido graxo essencial (AGE).

## **25. SANGRAMENTO**

Excluir outras causas, como: trauma, coagulopatia, fármacos, insuficiência hepática grave, coagulação intravascular disseminada, plaquetopenia etc.

### **Conduta**

- Sedação se necessário com benzodiazepínico 5 a 20 mg IV ou midazolam 5 mg IM ou IV
- Recuperação da hemodinâmica com SF 0,9 %
- Compressão local e curativo compressivo
- Radioterapia paliativa

Observações de conduta quanto ao sítio de sangramento:

- TGI : devemos suspender AINH e corticóide. Em caso de vômito, iniciar antiemético regular , usar bloqueador H<sup>2</sup> e considerar uso de ácido épsilon aminocaproico
- Transvaginal - avaliar uso tampão vaginal

Iniciar ácido épsilon aminocapróico 100 a 200 mg / kg 3 a 4 x dia (IV diluir em 250 a 500 ml de SF 0,9 % ou SG 5%)

- Hemoptise severa – ácido épsilon aminocapróico (dose descrita acima)
- Hemoptise discreta – iniciar codeína
- Epistaxe – tamponamento nasal anterior e gelo local
- Sangramento oral – soro gelado considerar ácido épsilon aminocapróico
- Sangramento do estoma – compressão local
- Transretal – avaliar uso de ácido épsilon aminocapróico
- Hematúria – irrigação com cateter de triplo lúmen
- Ligadura de carótida externa – procedimento de urgência realizado em pacientes que possam se beneficiar . Evitar em casos lesão cervico oral extensa e congelamento cervical.

Entendemos que o procedimento de transfusão deva ser avaliado com critério, sendo, então, definido quando o paciente estiver severamente sintomático, podendo se beneficiar do procedimento.

Anemia e astenia são sintomas comuns em pacientes com câncer avançado , logo, não são indicações isoladas de hemotransfusão.

Assim, indicamos hemotransfusão quando:

- Dispnéia em pacientes alertas
- Hb < 7,0 mg %
- Sangramento: sintomas severos decorrentes da perda sangüínea, quando esta pode ser controlada.

OBS:

1. Ácido épsilon aminocapróico é um poderoso inibidor da fibrinólise.

Trombos formados durante seu uso não sofrem lise.

2. Vitamina K tem seu uso ligado a tendência de sangramento associada à sua deficiência (alimentar, má absorção, obstrução do trato biliar intra ou extra – hepático, uso de drogas). Dose 10 a 20 mg, IM , obtendo resposta em cerca de 24h.Deve ser repetido por 3 dias.

## **26. SECREÇÃO SALIVAR**

Acometimento neurológico grave implica em dificuldade de deglutir saliva. Isso leva a desconforto por acúmulo de secreções salivares.

Para controle deste sintoma, medicações anticolinérgicas podem ser usadas:

- Hioscina \_ 0,06125 a 0,250 mg VO de 4/4 horas

- Atropina \_ 0,01 mg/Kg/dose SC ou VO

## **27. TERAPIA SUBCUTÂNEA**

Embora a via de eleição para medicações e hidratação em cuidados paliativos seja a via oral, em algumas situações é preciso escolher uma via alternativa, sendo a primeira opção a via subcutânea. A via subcutânea é uma via segura, facilmente manipulada no domicílio após devido treinamento, é efetiva, versátil e econômica. Por essa via pode-se, inclusive, administrar uma quantidade considerável de líquido (até 2000 mL em 24 horas, de acordo com a tolerância individual de cada paciente), ou seja, a hipodermóclise ou hidratação subcutânea, bem como, uma grande variedade de medicamentos para o controle de sintomas da doença em fase avançada.

Vantagens da via subcutânea:

- Pouco agressiva
- Não é necessário localizar uma veia para terapia endovenosa, o que pode ser muito difícil nos pacientes em cuidados paliativos
- Fácil punção com diversas opções de sítios
- Risco diminuído de trombose
- Pode ser realizada no domicílio
- Promove manutenção da autonomia do paciente por se mais cômoda e não imobilizar o membro, além de poder ser conectado e desconectado com facilidade
- A infusão acontece pelos efeitos da gravidade, dispensando bombas de infusão
- Pode evitar a hospitalização em alguns casos
- É econômica

Desvantagens:

- A principal desvantagem é o volume de líquido que pode ser administrado por essa via.

Indicações:

- Desidratação
- Anorexia
- Disgafia
- Odinofagia
- Fístula traqueo esofágica
- Lesões na cavidade oral
- Náuseas e vômitos severos
- Obstrução intestinal
- Alterações do nível de consciência
- Transtornos cognitivos
- Debilidade extrema

Contra-indicações:

- Plaquetopenia
- Transtornos da coagulação sanguínea.

Complicações:

- Dor
- Enrijecimento
- Edema
- Perda de líquido no sítio de punção

- Sangramento no sítio de punção
- Infecção

Técnica de colocação:

- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente e família, bem como, seus motivos e vantagens

Deve-se considerar o desejo do paciente e família

- Realizar técnica estéril durante o procedimento e administração de medicações ou hidratação
- Escolher o sítio de punção. Áreas recomendadas: zona anterior e externa dos braços, parte anterior do tórax, zona lateral das coxas e abdominal baixa
- A área a ser puncionada deve estar livre de lesões e de sinais de infecção
- Limpar o sítio selecionado com clorexidina alcoólica
- Pinçar com o indicador e o polegar área para fazer uma prega
- Inserir o scalp 23 ou 25 em um ângulo de 30°
- Se possível, utilizar adesivos transparentes para observação diária do sítio de punção
- Não há uma norma para a troca do sítio de punção, caso não apresente nenhum problema, mantê-lo de sete a dez dias
- Recomenda-se a colocação de acessos distintos para hidratação e medicação
- A infusão de líquidos pode ser contínua durante 24 horas
- Alguns autores sugerem que volumes inferiores a 01 litro por dia são suficientes para manter a hidratação dos pacientes terminais
- Muitas combinações não precipitam, porém, não se conhece a estabilidade final delas

Principais drogas e soluções que podem ser administradas pela via subcutânea:

- Morfina
- Metadona
- Furosemida
- Metoclopramida
- Midazolan
- Ranitidina
- Tramadol
- Vitamina K
- Soro fisiológico 0,9% e soro glicosado 5%
- Haloperidol
- Fentanil
- Fenobarbital
- Dipirona
- Dexametasona
- Cloreto de sódio e de potássio


## REFERÊNCIAS:

- Abelloff: Clinical Oncology, 3rd edition, 2004.
- Adler SS. PNF: Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva: um guia prático. Ed. Manole, SP, 2007.
- Baines, MJ – Intestinal Obstruction. Cancer Surv., 21,147-56, 1997.
- BECHARA RN, BECHARA MS, BECHARA CS, QUEIROZ HC, OLIVEIRA RB, MOTA RS, SECCHIN LSB, OLIVEIRA JÚNIOR AG. Abordagem Multidisciplinar do Oostomizado. Rev bras Coloproct, 2005;25(2):146-149.
- Benitz, Willian and Tatro, David. The Pediatric Drug Handbook. 3rd edition. Mosby-Year Book, Inc.
- Bennett & Plum – Cecil Textbook of Medicine. 20 th ed .USA.W.B.Saunders Company, 1996.
- Bergmann, A., et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. Ver. Brasileira de Cancerologia, 2006.
- Brasil, Ministério da Saúde. INCA. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas, Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Orientações para prescrição de analgésicos no tratamento do câncer. (mimeo)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Burlá C. Palição: Cuidados ao Fim da Vida. In: Freitas, EV; et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2002.p.732-39.
- Chiba T. Dor e Tramento. In: Freitas, EV; et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2002.p.718-731.
- Collins, J. J. and Bred, C. B. Management of cancer pain in children. In: Pizzo and Poplack. "Principles and Practice of Pediatric Oncology". 3rd edition. Philadelphia. Lippincott-Raven Publishers, 1997.
- Comitê de Jornal Editors . Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. Annals of Internal Medicine 1982;96(part 1):766-771.
- Common Symptoms in Advanced Cancer. Surgical Clinics of North America. 2005; 85(2): 237-55
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Código de ética profissional de fisioterapia e terapia ocupacional. Resolução nº. 10, de 3 de julho de 1978 [citado em 20 nov. 2003]. Disponível em: [http:// www.coffito.org.br](http://www.coffito.org.br) .
- Dealey, C. Cuidando de feridas – um guia para as enfermeiras. Segunda edição. São Paulo: editora Atheneu, 2001.
- Dickerson; Duke – The 20 Essential Drugs in Palliative Care. European Journal of Palliative Care, 1999;6(4).
- Doyle D; Hanks G; Mac Donald N - Textbook of Palliative Care . 2nd. Canada. Oxford, 1999.
- FARIAS, M. L. F. A hipercalcemia nas malignidades: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Arq Bras Endocrinol Metab. 49(5), 55-63, 2005.
- Fernandes FP. Atuação Fisioterapêutica em Pacientes Oncológicos. Universidade Católica de Goiás, 2003.
- Forum. 1999 Jul;26(6):1055-64.
- Garcia, E. G. Auriculoterapia. Ed. Roca. São Paulo, 1999.
- Gibbon; David C; Sabiston Jr; spencer F.C. Surgery of the Chest .4 th ed. USA. W.B.Saunders Company, 1983.
- Guimarães, LS. Exercícios terapêuticos: A Cinesioterapia como Importante Recurso da Fisioterapia. Belém, 2003.

- Haisfield-Wolfe ME, Baxendale-Cox LM. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncol Nurs* 20. Asfhord R, Plant GT, Maher J, Teare L. Double-blind trial
- Forum. 1999 Jul;26(6):1055-64
- Hess, C. T. Tratamento de Feridas e úlceras. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.
- Homiren S; Nelson K; Walsh D; Donnely S M; et al: Common Symptons in Advanced Cancer. *Seminars in Oncology*, vol 27, n 2, 2000: pp 24-33.
- Jorge, S. A; Dantas, S. R. P. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- Kaye P – Pocketbook of Symptom Control. Engl. EPL publications. 1996.
- Kisner C, et al. Exercícios Terapêuticos: Fundamento e Técnicas. Ed. Manole, 1998.
- Levetown, M. Treatment of symptoms other than pain in Pediatric Palliative Care. In: Portenoy/Bruera, "Topics in Palliative Care", Volume 3, 1998. p.51.
- Management of Symptoms Other than Pain. *Anesthesiology Clinics of North America*. 2006; 24: 39-60
- MARASCHIN, J. F., LAZZARON, A. R., SCHWARTSMANN, G. Prevenção e tratamento das náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 45(1); 31-39, 1999.
- Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a paciente com câncer. *Ver. Brasileira de Cancerologia*, 2005.
- MENEZES, M. F. B., CAMARGO, T. C. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. *Revista Latino-americana de enfermagem*. 14(3); 442-447, 2006.
- Metástase óssea: Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005; 5(1): 43-47
- Ministério da Saúde. Caderno de enfermagem em ortopedia. Maio. 2006
- MOTA, D. D. C. F., PIMENTA, C. A. M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 48(4); 577-583, 2002.
- Muir C J; von Guten C F. Antisecretory Agents in Gastrointestinal Obstruction. *Clinicas in Geriatric Medicine*, vol. 16, nº 2, 2000.
- Murad A; Katz A – Oncologia. Br. G Koogan, 1996.
- Nebon; Kristine A. The Câncer Anorexia – Cachexia Syndrome. *Seminars in Oncology*, vol 27, nº 1, 2000: pp64-68.
- Non-Pain Symptom Management in Palliative Care. *Clinics in Family Practice*. 2004; 6(2): 395
- Normas e condutas da CCIH/HCI/INCA. Disponível na internet via correio eletrônico: [ccih@inca.org.br](mailto:ccih@inca.org.br). 2000.
- Normas e recomendações do INCA/MS; Controle de sintomas do câncer avançado em adultos; *Rev. Bras. Cancerologia*, 2000, 46(3): 243-56.
- Normas e recomendações do INCa/MS; Controle de sintomas do câncer avançado em adultos; *Rev. Bras. Cancerol.*, 200, 46(3): 243-56.
- O' Sullivan SB. Fisioterapia: avaliação e tratamento. Ed. Manole, 1993
- Palliative Care and Orthopedics: What is on the Horizon? *Surgical Clinics of North America* – 2005; 85(2): 347-57
- PANOBIANCO, M. S., MAMEDE, M. V. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. *Revista Latino-americana de enfermagem*. 10(4); 444-551, 2002.
- Pereira LSM, et al. Fisioterapia. . In: Freitas, EV; et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2002.p.846-56.
- PLANCARTE, R., GUILLÉN, M. R., GUAJARDO, J., MAYER, F. Ascistis em los pacientes oncológicos. *Fisiopatogenia y opciones de tratamiento*. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 11; 156-162, 2004.

- Prentice WE, et al. Técnicas em Reabilitação musculoesquelética. Ed. Artmed, 2003.
- Salvajoli J V;Weltman E - Princípios de Radioterapia.1 st ed.Br.Guanabara Koogan,1996.
- Sampaio LR, et al. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão de literatura. Ver. Brasileira de Cancerologia, 2005.
- Sanford J; Gilbert D; Sande M - Guide to Antimicrobial Therapy. USA.Sanford,1995. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas.
- SANTOS, H. S. Terapêutica nutricional para constipação intestinal em pacientes oncológicos com doença avançada em uso de opiáceos: revisão. Revista Brasileira de Cancerologia. 48(2); 263-269, 2002.
- Sarmiento GJV. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas. Ed. Manole, 2005.
- SFAP - SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS. Prefácio de Cicely Saunders e à edição portuguesa de Dulce Cabete. Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Lusociências, 2000.
- TENG, C. T., HUMES, E. C., DEMETRIO, F. M. Depressão e comorbidades clínicas. Rev. Psiq. Clín. 32 (3); 149-159, 2005.
- Tierney L; Mc Phee S; Papadakis M - Medical Diagnosis and Treatment.USA. Appleton e Lange,1999.
- TORO, R.; BRUERA, E. Hipodermocclisis en pacientes con cáncer avanzado Revista Ven. Anest. 3(2); 72-77, 1998.
- Tribioli RA. Análise crítica atual sobre a TENS envolvendo parâmetros de estimulação para o controle da dor. Universidade de São Paulo, 2003.
- USBORNE, C., WILDING, J. Treating diabetes mellitus in palliative care patients. European Journal of Palliative Care. 10(5), 186-188, 2003.
- Waller & Caroline - Handbook of Palliative Care in Câncer. 2nd ed .USA .BH,2000.
- Webb M; Marly L E; Mason L A. Dyspnea Assesment and Management in Hospice Patients with Pulmonary Disorders. American Journal of Hospice Palliative Care, vol. 17,nº 4,2000
- Weisman S. J. Pediatric Palliative Care: A Field in Evolution. In: portenoy/Bruera, "Topics in Palliative Care", volume 3, 1998. p.3
- Welsh J; Fallon M – Handbook of Palliative Care.3rd ed.Engl. Blackwell Science, 2000.
- Wen, H. X. Reflexologia Podal. Ed Ícone. São Paulo, 2007.
- World Health Organization Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. Pain in Children with Cancer: The World Health Organization-IASP Guidelines. Em Cancer Pain Rellief. Volume 12, nº 1, 1999.

## Anexo I – Procedimentos operacionais de enfermeiros

<b>UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS</b> <b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>POP. 001</b> <b>Data:</b> <b>Revisão</b>	<b>Página:</b>												
		<b>PROCEDIMENTO: CATETERISMO VESICAL</b>													
<b>DEFINIÇÃO:</b> Introdução de sonda tipo foley ou silicone para drenagem da diurese.															
<b>OBJETIVO:</b> Controle de diurese, promover conforto em casos de incontinência urinária e também nos incontinentes portadores de úlceras por pressão importantes, retenções urinárias e presença de fistulas vesico-colônicas.															
<b>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</b> Médico e Enfermeiro		<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</b> Enfermeiro													
<b>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</b> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Água e sabão</td> <td>Sonda vesical tipo foley ou silicone, nº 14,16 ou 18</td> </tr> <tr> <td>Água destilada 10 ml</td> <td>Seringas 10ml, 20ml</td> </tr> <tr> <td>Gaze e algodão</td> <td>Agulhas 40 x 12</td> </tr> <tr> <td>Coletor de urina fechado</td> <td>Xilocaína gel</td> </tr> <tr> <td>PVPI Tópico</td> <td>Fita adesiva própria para fixação de sonda</td> </tr> <tr> <td>Luva estéril e de procedimento</td> <td></td> </tr> </table>				Água e sabão	Sonda vesical tipo foley ou silicone, nº 14,16 ou 18	Água destilada 10 ml	Seringas 10ml, 20ml	Gaze e algodão	Agulhas 40 x 12	Coletor de urina fechado	Xilocaína gel	PVPI Tópico	Fita adesiva própria para fixação de sonda	Luva estéril e de procedimento	
Água e sabão	Sonda vesical tipo foley ou silicone, nº 14,16 ou 18														
Água destilada 10 ml	Seringas 10ml, 20ml														
Gaze e algodão	Agulhas 40 x 12														
Coletor de urina fechado	Xilocaína gel														
PVPI Tópico	Fita adesiva própria para fixação de sonda														
Luva estéril e de procedimento															
<b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b> <p>Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar, e obter o seu consentimento</p> <p>Lavar as mãos;</p> <p>Com luvas de procedimento realizar higiene íntima com água e sabão;</p> <p>Preparar o material, utilizando um campo estéril sob os mesmos;</p> <p>Calçar a luva estéril primeiro em sua mão dominante para testar o balonete da sonda com ar e aspirar os 10ml de água estéril para após introdução da sonda inflar balonete;</p> <p>Calçar a luva em mão não dominante e fazer anti-sepsia do meato uretral, pequenos lábios e grandes lábios, se em homem meato uretral, prepúcio, glândula e corpo do pênis;</p> <p>Segurar o corpo do pênis e injetar 3ml de xilocaína gel;</p> <p>Introduzir a sonda no meato uretral com pequenos lábios vaginais abertos e boa visualização do mesmo ou segurando firmemente o corpo do pênis e aguardar o retorno de urina em um recipiente;</p> <p>Encher o balonete com 10ml de água destilada e tracionar a sonda certificando-se da posição;</p> <p>Adaptar a sonda ao circuito do coletor fechado e colocar a data no coletor;</p> <p>Se for sonda uretral, deixa-la até o término da saída de urina (Sondagem de alívio);</p> <p>Medir o volume urinário, cor e aspecto;</p> <p>Fixar sonda com fixador próprio ou adaptado com fita adesiva.</p> <p><b>PERIODICIDADE DE TROCA: 30/30DIAS</b></p> <p><b>Recomendações</b></p> <p>O tamanho da sonda para adolescentes é 10 ou 12, adultos 14 ou 16, em gestante 14 e sonda de alívio 10 ou 12.</p> <p>Em caso de retenção urinária antes de decidir pela passagem de sonda de alívio deve colocar bolsa de água quente em região suprapúbica;</p> <p>Desinsuflar o balonete na retirada da sonda, observar e anotar a primeira micção espontânea;</p> <p>O sistema de drenagem deve ser obrigatoriamente fechado e trocado toda vez que for manipulado inadequadamente;</p> <p>O intervalo para troca de sonda é de 30/30dias e quando possível sempre retirado precocemente;</p> <p>Não abrir sistema fechado para coleta de exames e sim pela borracha lateral após assepsia;</p> <p>Retirada de sonda vesical de demora diminui a incidência de infecção urinária.</p>															
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b> BRUNNER, L. S. & Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirúrgica</i> . Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979. PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i> . Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.															



<p align="center"><b>UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS</b> <b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p>		<p>POP. 002</p> <p>Data:</p> <p>Revisão</p>	<p>Página:</p>
		<p align="center"><b>PROCEDIMENTO: CISTOSTOMIA (TROCA DO CATETER)</b></p>	
<p><b>DEFINIÇÃO:</b></p> <p>Introdução de uma sonda do tipo foley ou de silicone pelo estoma realizado para drenagem do conteúdo urinário diretamente da bexiga.</p>			
<p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Excreção de diurese, controle da diurese e conforto para o cliente principalmente com compressão por tumor maligno.</p>			
<p><b>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</b></p> <p>Médico e Enfermeiro</p>		<p><b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</b></p> <p>Enfermeiro</p>	
<p><b>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</b></p> <p>Água e sabão Sonda vesical tipo foley ou silicone, nº 20 OU 24 Água destilada 10 ml Seringas 10ml, 20ml Gaze e algodão Agulhas 40 x 12 Coletor de urina fechado Xilocaina gel PVPI Tópico Fita adesiva própria para fixação de sonda Luva estéril e de procedimento</p>			
<p><b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b></p> <p>Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar, e obter o seu consentimento Lavar as mãos; Com luvas de procedimento realizar higiene íntima do estoma com água e sabão, desinsuflar balonete se já estiver com cateter para retirá-lo; Preparar o material, utilizando um campo estéril sob os mesmos; Calçar a luva estéril primeiro em sua mão dominante para testar o balonete da sonda com ar e aspirar os 10ml de água estéril para após introdução da sonda inflar balonete; Calçar a luva em mão não dominante e conduzir com a introdução da sonda nos estoma e aguardar o retorno de urina; Encher o balonete com 10ml de água destilada; Adaptar a sonda ao circuito do coletor fechado e colocar a data no coletor; <b>PERIODICIDADE DA TROCA: 45/45 DIAS.</b></p>			
<p><b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b></p> <p>BRUNNER, L. S. &amp; Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirúrgica</i>. Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979. PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i>. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.</p>			

<p align="center"><b>UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS</b> <b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p>		<p>POP. 003      Página:</p> <p>Data:</p> <p>Revisão</p>
	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO: DISPNEIA (MANEJO – OXIGENIOTERAPIA E NEBULIZAÇÃO)</b></p>	
<p><b>DEFINIÇÃO:</b></p> <p>Fornecimento de oxigênio e nebulização com medicamentos ou somente com soro fisiológico por máscara ou cateter nasal.</p>		
<p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Melhorar o aporte do oxigênio e melhorar qualidade de vida</p>		
<p><b>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</b></p> <p>Médico</p>		<p><b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</b></p> <p>Enfermeiro e Fisioterapeutas</p>
<p><b>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</b></p> <p>Bala de oxigênio de 8m<sup>3</sup> ou 4m<sup>3</sup>  Kit (Cateter tipo óculos ou máscara)  Aparelho de nebulização e kit (com circuito ou máscara)  Água destilada estéril  Bromidrato de Fenoterol - Berotec®  Brometo de Ipratrópio - Atrovent®  Soro fisiológico 0,9%</p>		
<p><b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar, e obter o seu consentimento.</li> <li>2 Acoplar os circuitos nos fornecedores do aporte (bala de oxigênio ou aparelho de nebulização) demonstrando para o cuidador que o fará</li> <li>3 Preencher o suporte para umidificação do oxigênio diariamente com água destilada estéril ou água de boa procedência filtrada e fervida por 30min;</li> <li>4 Abrir a rosca verde para colocar quantos litros de oxigênio foi prescrito pelo médico (2l a 5l)</li> <li>5 Utilizar sempre antes de banhos, alimentações e fisioterapia</li> <li>6 E a frequência será de acordo com a necessidade do paciente, sendo que devemos registrar em prontuário quantas vezes tem utilizado por dia e quanto tempo aproximado.</li> </ol> <p>A máscara de nebulização ou o cateter tipo óculos deverá ser lavado com água e sabão neutro todos os dias;  A água que será colocada no frasco umedecedor do oxigênio e para nebulização deverá ser do tipo água destilada estéril ou água filtrada e fervida por 30min.  A troca da água do umedecedor de oxigênio será 24/24h – diariamente.</p>		
<p><b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b></p> <p>BRUNNER, L. S. &amp; Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirúrgica</i>. Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.</p> <p>PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i>. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.</p>		

<p align="center"><b>UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS</b> <b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p>		<p>POP. 004</p> <p>Data:</p> <p>Revisão</p>	<p>Página:</p>
		<p align="center"><b>PROCEDIMENTO: DOR (MANEJO DA ENFERMAGEM)</b></p>	
<p><b>DEFINIÇÃO:</b></p> <p>Uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano.</p>			
<p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Controle da dor para melhora da qualidade de vida</p>			
<p><b>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</b></p> <p>Médico</p>		<p><b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</b></p> <p>Enfermeiro</p>	
<p><b>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</b></p> <p>Caderno de anotação Planilha de Registro de medicamentos da empresa Relógio Régua da EVA – Escala Visual Analógica</p>			
<p><b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar e obter seu consentimento.</li> <li>2. Fazer o levantamento de todos os medicamentos prescritos para o controle da dor, tanto os analgésicos como os adjuvantes.</li> <li>3. Escreve-los na Planilha de Registro de Medicamentos</li> <li>4. Apraza-los de acordo com a necessidade dos cuidadores e familiares baseado na meia vida do medicamento</li> <li>5. Se a dose estiver sendo titulada, o enfermeiro deverá solicitar que o responsável pela administração dos medicamentos anote em um caderno os SOS ou RESGATES que o cliente necessitou, com data e horas de cada um, para que o médico possa rever a terapêutica analgésica</li> <li>6. Sempre que necessário fazer nova planilha e com uma frequência quinzenal como rotina, conjuntamente com o administrador dos medicamentos</li> </ol> <p>Em todas as visitas deverá ser avaliada a dor, se presente proceder a técnica da EVA – Escala Visual Analógica, perguntando de 0 a 10 quanto o Sr ou Sra. daria para sua dor, se necessário utilizar a régua com a EVA</p>			
<p><b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b></p> <p>Pimenta, Cibele Andrucciole de Matos; Cruz, Dina de Almeida Lopes Monteiro e Mota, Dalete Delalibera Correa de Faria. Dor e cuidados paliativos. São Paulo: Manole.2006.</p> <p>BRUNNER, L. S. &amp; Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirúrgica</i>. Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.</p> <p>PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i>. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.</p> <p>MERSKEY E COL.. A DOR E O CONTROLE DO SOFRIMENTO. 1979.</p>			

UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP. 005 Data: Revisão	Página:
	PROCEDIMENTO: ESTOMAS INTESTINAIS E URINARIOS (CUIDADOS)		
DEFINIÇÃO:  Desvio do transito fecal ou urinário por patologias benignas ou malignas, sendo evertido um segmento intestinal na parede abdominal para drenagem de fezes ou urina.			
OBJETIVO:  Inspeção do estoma e área periestomal, além de orientações de como trocar as bolsas e higieniza-las.			
RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:  Enfermeiro		RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:  Enfermeiro	
MATERIAL / EQUIPAMENTOS:  Luvas de procedimento Algodão Gaze Água e sabão neutro Bolsa drenável transparente com clip fechador			
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:  <div><div>1</div><div>Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar e obter seu consentimento.</div></div> <div><div>2</div><div>Lavar as mãos com água e sabão;</div></div> <div><div>3</div><div>Mensurar o estoma, desenha-lo se necessário na placa e recorta-lo de preferência com um tesoura de ponta curva e fina;</div></div> <div><div>4</div><div>Retire placa da bolsa coletora cautelosamente e limpe a pele periestomal com água se possível morna, sabão e seque;</div></div> <div><div>5</div><div>Aplique produto próprio (barreira protetora em pó e em pasta) ou clara de ovo, abane para secar mais rapidamente e cole a bolsa drenável;</div></div> <div><div>6</div><div>Feche sua saída e de preferência as bolsas transparentes e não as opacas, pois facilitam a limpeza.</div></div> <div><div>7</div><div>Fazer limpeza sempre que acumular secreção em bolsa para que a mesma dure o que o fabricante recomenda;</div></div> <div><div>8</div><div>A periodicidade das trocas são avaliadas pela saturação da placa que adere na pele do paciente, de cor caramelo que se tornará esbranquiçada com o ideal de 4 a 7 dias sua durabilidade.</div></div>			
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:  Cesaretti, IUR; Paula, MAB e Paula, PR. Estomaterapia: temas básicos em estomas. São Paulo: Cabral. 1ª Edição.2006.  Jorge, AS & Dantas, SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. Rio de Janeiro: Atheneu. 1ª Edição.2007.  BRUNNER, L. S. & Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirurgica</i> . Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.  PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i> . Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.			

<b>UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS</b> <b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>POP. 006</b> <b>Data:</b> <b>Revisão</b>	<b>Página:</b>																				
		<b>PROCEDIMENTO: HIDRATAÇÃO SUBCUTÂNEA/HIPODERMÓCLISE</b>																					
<b>DEFINIÇÃO:</b> A Infusão de líquidos isotônicos e/ou medicamentos por via subcutânea é denominada Hipodermóclise ou terapia subcutânea																							
<b>OBJETIVO:</b> Reposição hidroeletrólítica e/ou medicamentosa a pacientes em cuidados paliativos que frequentemente apresentam condições que impossibilitam a manutenção adequada de níveis de hidratação e nutrição, necessitando, portanto, de vias alternativas para suporte clínico. Esta terapia pode ser utilizada tanto em ambiente hospitalar como em atendimento domiciliar.																							
<b>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</b> Médico		<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</b> Enfermeiro																					
<b>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</b> <table border="0"> <tr> <td>Clorexidina alcoólica ou Álcool à 70%;</td> <td>Gaze;</td> </tr> <tr> <td>Luva de procedimento;</td> <td>Scalp n 23,25 ou 27 (tipo butterfly);</td> </tr> <tr> <td>Filme de poliuretano ou micropore;</td> <td>Equipoom dosador (ml/h) do tipo Dose Flow;</td> </tr> <tr> <td>Microgotas (Bureta graduada);</td> <td>Polifix;</td> </tr> <tr> <td>Soro Fisiológico 0,9% ou Soro Glicosado 5% 500ml;</td> <td>Seringa 5 e 10ml;</td> </tr> <tr> <td>Agulha 40 x 12.</td> <td></td> </tr> </table>				Clorexidina alcoólica ou Álcool à 70%;	Gaze;	Luva de procedimento;	Scalp n 23,25 ou 27 (tipo butterfly);	Filme de poliuretano ou micropore;	Equipoom dosador (ml/h) do tipo Dose Flow;	Microgotas (Bureta graduada);	Polifix;	Soro Fisiológico 0,9% ou Soro Glicosado 5% 500ml;	Seringa 5 e 10ml;	Agulha 40 x 12.									
Clorexidina alcoólica ou Álcool à 70%;	Gaze;																						
Luva de procedimento;	Scalp n 23,25 ou 27 (tipo butterfly);																						
Filme de poliuretano ou micropore;	Equipoom dosador (ml/h) do tipo Dose Flow;																						
Microgotas (Bureta graduada);	Polifix;																						
Soro Fisiológico 0,9% ou Soro Glicosado 5% 500ml;	Seringa 5 e 10ml;																						
Agulha 40 x 12.																							
<b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar e obter seu consentimento.</li> <li>2. Escolher o local de infusão;</li> <li>3. Fazer anti-sepsia e a dobra da pele;</li> <li>4. Introduzir o scalp num ângulo de 30° a 45° ( a agulha deve estar solta no espaço subcutâneo);</li> <li>5. Fixar o scalp com filme transparente;</li> <li>6. Assegurar que nenhum vaso tenha sido atingido;</li> <li>7. Aplicar a medicação ou conectar o scalp ao equipo da solução;</li> <li>8. Datar e identificar a fixação;</li> <li>9. O volume diário recomendado é 2.000ml em 24horas, sendo que deve-se infundir 1.000ml em um sitio e depois trocar o sitio para os próximos 1000ml.</li> <li>10. Após colocado a infusão no primeiro sitio escolhido o enfermeiro orientará o familiar/cuidador a trocar a solução que será da apresentação de 500ml após 24h, por outra solução de 500ml que terminará após 48h da última visita;</li> <li>11. Após 2dias (48h) realizado infusão de 1000ml, o enfermeiro retira o scalp do primeiro sitio escolhido e punciona outro sitio para a continuidade da terapia subcutânea se necessária.</li> </ol> <p>obs: É necessário a visita de um enfermeiro a cada 48h (2 dias) se iniciado a terapia subcutânea para avaliação do sitio e troca se mantida a terapia.</p> <p>O gotejamento para a infusão de solução deve ser em torno de 60 a 125ml/h, considerando as condições clinicas do paciente.</p> <p>Medicamentos tradicionalmente utilizados:</p> <p>Cujo o pH sejam próximos a neutralidade e que sejam hidrossolúveis:</p> <table border="0"> <tr> <td>1- Morfina</td> <td>11- Ranitidina</td> </tr> <tr> <td>2- Metadona</td> <td>12- Furosemida</td> </tr> <tr> <td>3- Tramadol</td> <td>13- Insulina</td> </tr> <tr> <td>4- Ketamina</td> <td>14- Prometazina</td> </tr> <tr> <td>5- Fentanil</td> <td>15- Clonidina</td> </tr> <tr> <td>6- Escopolamina</td> <td>16- Octreotida</td> </tr> <tr> <td>7- Brometo de N-Butil</td> <td>17- Clorpromazina</td> </tr> <tr> <td>8- Metoclopramida</td> <td>18- Fenobarbital</td> </tr> <tr> <td>9- Ondansetrona</td> <td>19- Haloperidol</td> </tr> <tr> <td>10- Dexametasona</td> <td>20- Midazolam</td> </tr> </table> <p>OBS: Volume: a diluição deve ser de pelo menos 100% . ex: morfina 10mg/ml, ampola de 1ml diluir para 1ml de água para injeção. A diluição de todos os medicamentos devem ser em água para injeção, somente ketamina, octreotida e ondansetrona devem ser diluídos em soro fisiológico 0,9%.</p>				1- Morfina	11- Ranitidina	2- Metadona	12- Furosemida	3- Tramadol	13- Insulina	4- Ketamina	14- Prometazina	5- Fentanil	15- Clonidina	6- Escopolamina	16- Octreotida	7- Brometo de N-Butil	17- Clorpromazina	8- Metoclopramida	18- Fenobarbital	9- Ondansetrona	19- Haloperidol	10- Dexametasona	20- Midazolam
1- Morfina	11- Ranitidina																						
2- Metadona	12- Furosemida																						
3- Tramadol	13- Insulina																						
4- Ketamina	14- Prometazina																						
5- Fentanil	15- Clonidina																						
6- Escopolamina	16- Octreotida																						
7- Brometo de N-Butil	17- Clorpromazina																						
8- Metoclopramida	18- Fenobarbital																						
9- Ondansetrona	19- Haloperidol																						
10- Dexametasona	20- Midazolam																						


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:


BRASIL. Ações de enfermagem para o controle do câncer: Uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro – Ministério da saúde. 2008. p.520 a 530.

PIMENTA, Cibele Andrucciole de Matos; Cruz, Dina de Almeida Lopes Monteiro e Mota, Dalete Delalibera Correa de Faria. Dor e cuidados paliativos. São Paulo: Manole.2006.

BRUNNER, L. S. & Suddarth, D. S. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.

PEREIRA, M. M. et al. *Rotinas de enfermagem*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.


UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP. 007 Data: Revisão	Página:
		PROCEDIMENTO: MANUTENÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL – TOTALMENTE IMPLANTÁVEL	
DEFINIÇÃO:  Acesso a uma via venosa profunda segura para infusão de soluções e medicamentos.			
OBJETIVO: Manter permeabilidade do acesso vascular.			
RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO: Médico		RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO: Enfermeiro	
MATERIAL / EQUIPAMENTOS: 1 par de luvas de procedimento 3 ampolas de água destilada de 10 ml 1 agulha 0,12 X 40 mm (40 X12) 1 frasco de heparina 5.000UI/ml 1 seringa de 3ml, 5ml e de 20 ml 1 almotolia com álcool 70% 1 pacote de gazes esterilizadas 1 agulha tipo hubber 21 x 25mm.			
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:  <div>1. Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar e obter seu consentimento.</div> <div>2. Lavar as mãos.</div> <div>3. Reunir o material necessário.</div> <div>4. Abrir o pacote de gazes esterilizadas e umidificá-las com álcool a 70%.</div> <div>5. Preparar a solução heparinizada (100UI/ml).</div> <div>aspirar 0,2 ml de heparina na seringa de 3ml e completar com 1,8ml de soro fisiológico 0,9%</div> <div>Preparar uma seringa com 20ml de soro fisiológico para o cateter a ser heparinizado.</div> <div>6. Encaminhar o material à unidade do paciente</div> <div>7. Colocar o material na mesa de cabeceira.</div> <div>8. Posicionar o cliente no leito.</div> <div>9. Calçar luvas de procedimento.</div> <div>10. Colocar algumas gazes estéreis na região ou sob o cateter.</div>			
<b>Heparinização do cateter totalmente implantado</b>  <div>1. Fazer ou interromper o procedimento que envolve a manutenção da permeabilidade do acesso vascular (infusão de medicamentos ou soroterapia)</div> <div>2. Se somente manutenção mensal, deverá aspirar 3ml logo após puncionar o cateter, para retirada da última solução aplicada.</div> <div>3. Conectar a seringa de 20 ml contendo soro fisiológico na extensão do cateter e injetar toda a solução sem fazer pressão excessiva.</div> <div>4. Conectar a seringa de 3 ml contendo solução heparinizada e injetar 2 ml da solução heparinizada.</div> <div>5. Retirar o dispositivo de punção.</div> <div>6. Fazer compressão local.</div>			
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Aguiar, Edva Moreno Bonassa; . Enfermagem em Terapêutica Oncologica. 3 Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 60 a 74. BRUNNER, L. S. & Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirurgica</i> . Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979. PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i> . Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.			


UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP. 008 Data: Revisão	Página:
	PROCEDIMENTO: PUNÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL – TOTALMENTE IMPLANTÁVEL		
DEFINIÇÃO:  Acesso a uma via venosa profunda segura para infusão de soluções e medicamentos.			
OBJETIVO:  Permitir acesso à rede venosa.			
RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:  Médico		RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:  Enfermeiro	
MATERIAL / EQUIPAMENTOS:  - EPIs (máscara, óculos e avental específicos) - 1 par de luvas esterilizadas - 1 frasco de SF 0,9% de 100ml ou ampolas de SF0,9% - gazes esterilizadas - almotolia com álcool a 70% - Seringas de 5ml - 1 dispositivo de punção:-agulha de Hubber - seringa com medicação prescrita preparada, se for o caso - soro montado com o equipo, se for o caso adesivo hipoalergênico			
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:  1 - Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar e obter seu consentimento. 2 – Preparar o material utilizando um campo estéril; 3 – Calçar luvas estéreis; 4 – Puncionar o port do cateter com a agulha de hubber; 5 - Aspirar 3ml da solução heparinizada que fica no circuito do cateter; 6 - Conectar o equipo com a infusão que estiver prescrita pelo médico; 7 – Após o término da infusão fará a manutenção do CVC – TI, olhar POP 007.			
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:  Aguiar, Edva Moreno Bonassa; . Enfermagem em Terapêutica Oncologica. 3 Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 60 a 74.  BRUNNER, L. S. & Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirurgica</i> . Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.  PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i> . Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.			



UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP. 009 Data: Revisão	Página:
		PROCEDIMENTO: PRIMEIRA VEZ DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO	
DEFINIÇÃO:  Visita de avaliação do enfermeiro no domicílio.			
OBJETIVO:  Organizar os cuidados que o paciente necessita.			
RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:  Médico e Enfermeiro		RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:  Enfermeiro	
MATERIAL / EQUIPAMENTOS:  De acordo com o cuidado serão necessários vários instrumentos a serem solicitados pela enfermeiro.			
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Apresentação do enfermeiro para paciente, família e todos envolvidos nos cuidados;</li><li>2. Explicar a família que a empresa disponibiliza enfermagem 2 vezes por semana e em situações especiais será três vezes por semana;</li><li>3. Proceder a anamnese e exame físico;</li><li>4. Determinar o KPS do cliente, se acamado inspecionar toda a pele, valorizando as proeminências ósseas;</li><li>5. Indicar cama hospitalar, colchão piramidal (Caixa de ovo) ou pneumático, cadeiras higiênica, verificar antes de indicar se cadeira higiênica passa pela porta do banheiro e realmente é eficaz para o banho;</li><li>6. Se indicado banho no leito orientar responsável pelo o mesmo como fazer;</li><li>7. Ensinar como colocar os lençóis, tipo oleado adaptado ou plástico fino e traçado, sempre mantê-los esticados;</li><li>8. Orientar a mobilização no leito com uso de traçado e colaboração do paciente quando ele puder;</li><li>9. Avaliar cavidade oral: dentes, mucosa, língua e garganta. Ensinar a higienizar a boca sempre após qualquer refeição;</li><li>10. Levantar quais medicamentos o paciente está fazendo uso e decreve-los na planilha de registro de medicamentos em todas as visitas de enfermagem;</li><li>11. Explicar o fornecimento dos medicamentos mensais de nossa cesta básica;</li><li>12. Se paciente com cateter vesical, estomias diversas (cistostomia, nefrostomia, pleurostomia, colostomia, urostomia e traqueostomia) SNE, SNG e CVC-TI ver POP próprios para orientar as trocas e manutenções.</li></ol>			
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:  Pimenta, Cibele Andrucciole de Matos; Cruz, Dina de Almeida Lopes Monteiro e Mota, Dalete Delalibera Correa de Faria. Dor e cuidados paliativos. São Paulo: Manole.2006.  BRUNNER, L. S. & Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirúrgica</i> . Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.  PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i> . Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.			

<p>UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS</p> <p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>		<p>POP. 010</p> <p>Data:</p> <p>Revisão</p>	<p>Página:</p>
	<p>PROCEDIMENTO: SNE/SNG</p>		
<p>DEFINIÇÃO:</p> <p>Tubo siliconizado ou de poliuretano para alimentação enteral.</p>			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Propiciar alimentação em casos de impossibilidade de alimentação oral.</p>			
<p>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</p> <p>Médico</p>		<p>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</p> <p>Enfermeiro</p>	
<p>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</p> <p>Sonda gástrica Nº 12 ou 14 e Sonda Dobby-Hoff nº 12</p> <p>Seringa 10ml e 20ml</p> <p>Xilocaína gel</p> <p>Espadrado impermeável</p> <p>Estetoscópio</p>			
<p>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar e obter seu consentimento.</li> <li>2. Realizar mensuração de acordo com a técnica se for SNG medir da ponta do nariz ao lobo da orelha até o apêndice xifóide e marcar na sonda com esparadrapo e se for SNE após o apêndice xifóide conduzi-la até 2cm acima da cicatriz umbilical e marcá-la com esparadrapo;</li> <li>3. Introduzir sonda por uma das narinas e solicitar que o cliente engula quando sentir a sonda introduzindo até a marcação desejada.</li> <li>4. Encha uma seringa de 20ml de ar, posicione o estetoscópio na região gástrica e injete o ar para confirma presença da sonda em estômago.</li> <li>5. Fixe a sonda e oriente lavagem da sonda sempre após alimentações e administração de medicamentos com 50ml de água filtrada.</li> </ol>			
<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>BRUNNER, L. S. &amp; Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirúrgica</i>. Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.</p> <p>PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i>. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.</p>			


<p>UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS</p> <p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>		<p>POP. 011</p> <p>Data:</p> <p>Revisão</p>	<p>Página:</p>
		<p>PROCEDIMENTO: ADMINISTRAÇÃO DE ÁCIDO ZOLEDRÔNICO 4MG - ZOMETA®</p>	
<p>DEFINIÇÃO:</p> <p>Administração de medicamento Ácido Zoledrônico aos pacientes com indicação de 28/28dias.</p>			
<p>OBJETIVO:</p> <p>Utilizado na prevenção de complicações ósseas em doentes com câncer avançado, manejo de metástases ósseas e hipercalcemia nas malignidades.</p>			
<p>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</p> <p>Médico</p>		<p>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</p> <p>Enfermeiro</p>	
<p>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algodão;</li> <li>• Álcool a 70%;</li> <li>• Agulha 40 x 12</li> <li>• Luva de procedimento</li> <li>• Jelco de calibre 24 ou maior(22);</li> <li>• Equipo microgotas com bureta graduada;</li> <li>• Soro Fisiológico 0,9% 100ml;</li> <li>• Micropore;</li> </ul>			
<p>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar, e obter o seu consentimento.</li> <li>2. Acoplar o Soro Fisiológico 0,9% de 100ml ao equipo de microgotas com câmara graduada, passando os 100ml para a câmara graduada;</li> <li>3. Realizar assepsia da pele do cliente onde pretende-se puncionar uma veia periférica com álcool a 70%;</li> <li>4. Puncionar, conectar o soro e certifica-se de retorno venoso;</li> <li>5. Aspirar o medicamento da ampola que já vem reconstituído em uma seringa de 5ml e injetar no soro;</li> <li>6. Infundir em 15 minutos;</li> <li>7. Retirar acesso venoso e realizar pequeno curativo.</li> </ol>			
<p>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Aguiar, Edva Moreno Bonassa; . <i>Enfermagem em Terapêutica Oncologica</i>. 3 Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.</p> <p>BRUNNER, L. S. &amp; Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirurgica</i>. Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.</p> <p>PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i>. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.</p> <p>Bula do medicamento Zometa da Novartis.</p>			

<b>UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS</b> <b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>POP. 012</b> <b>Data:</b> <b>Revisão</b>	<b>Página:</b>
		<b>PROCEDIMENTO: ADMINISTRAÇÃO ACETATO DE GOSSERRELINA 3.6MG OU 10.8MG LA (ZOLADEX®).</b>	
<b>DEFINIÇÃO:</b>  Administração de medicamento subcutâneo em forma de depot.			
<b>OBJETIVO:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle de câncer prostático passível de manipulação hormonal.</li> <li>• Controle da endometriose, aliviando os sintomas, inclusive a dor, e reduzindo o tamanho e o número de lesões endometriais.</li> <li>• Controle de leiomioma uterino, incluindo redução do volume das lesões, melhora do estado hematológico da paciente e redução dos sintomas, inclusive a dor. É utilizado previamente à cirurgia para facilitar as técnicas operatórias e reduzir a perda sangüínea intra-operatória.</li> </ul>			
<b>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</b>  Médico		<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</b>  Enfermeiro	
<b>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algodão</li> <li>• Alcool 70%</li> <li>• Esparadrapo</li> </ul>			
<b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b>  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar, e obter o seu consentimento;</li> <li>2. Colocar o paciente em posição confortável, com a parte inferior do corpo discretamente levantada;</li> <li>3. Aplicar compressa gelada por 5min na parte inferior do abdômen;</li> <li>4. Limpe com algodão uma área na parede abdominal inferior abaixo do umbigo;</li> <li>5. Examine o invólucro aluminizado do produto e a seringa para verificar se existem danos;</li> <li>6. Remova a seringa e verifique que parte do depósito de zoladex esteja visível. Como o Zoladex não é uma injeção líquida, não tente remover bolhas de ar, uma vez que isso pode deslocar o depósito do medicamento.</li> <li>7. Retire a aba de proteção plástica da seringa e descarte-a. Remova a cobertura da agulha.</li> <li>8. Segure a seringa envolta do tubo. Pince com os dedos a pele do abdômen e insira a agulha formando um ângulo de 30 a 45° em relação a pele, com a abertura da agulha voltada para cima.</li> <li>9. Continue a inserir no tecido subcutâneo até que a capa protetora toque a pele do paciente.</li> <li>10. Para administrar o depot de zoladex, pressione o êmbolo até um ponto em que não mais consiga fazê-lo. Isso vai ativar a capa protetora. Você pode ouvir um “clique” e sentirá que a capa protetora, automaticamente, começou a deslizar para cobrir a agulha.</li> <li>11. O êmbolo não for totalmente pressionado, a capa protetora não será ativada.</li> <li>12. Retire a agulha e deixe que a capa protetora deslize e recubra a agulha.</li> <li>13. Descarte a seringa em um coletor de agulhas apropriado.</li> </ol>			
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b>  Aguiar, Edva Moreno Bonassa; . <i>Enfermagem em Terapêutica Oncológica</i> . 3 Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 60 a 74.  BRUNNER, L. S. & Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirúrgica</i> . Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.  PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i> . Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.  Bula do medicamento do Zoladex – Astra Zeneca.			


UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP. 013 Data: Revisão	Página:
	PROCEDIMENTO: ÚLCERA POR PRESSÃO (CURATIVO).		
DEFINIÇÃO:  É uma área localizada de necrose celular que tende a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado de tempo.			
OBJETIVO:  Cicatrização, higiene e conforto do cliente.			
RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:  Enfermeiro		RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:  Enfermeiro	
MATERIAL / EQUIPAMENTOS:  <ul style="list-style-type: none"><li>• Gaze</li><li>• Algodão</li><li>• Sabonete líquido</li><li>• Selecionar terapia tópica</li><li>• Soro fisiológico em temperatura ambiente ou morno</li><li>• Micropore</li><li>• Se for indicado placa de hidrocloreto ou filme de poliuretano não haverá necessidade de micropore.</li></ul>			
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar e obter seu consentimento.</li><li>2. Abrir o curativo cautelosamente;</li><li>3. Lavar abundantemente com SF 0,9%</li><li>4. Se necessário com sabonete líquido neutro, sem friccionar</li><li>5. Jatear bastante SF 0,9% para garantir a saída do sabão da pele.</li><li>6. Secar a pele ao redor</li><li>7. Não secar o leito da ferida, sempre deixa-lo úmido.</li><li>8. Aplicar o produto escolhido.</li><li>9. Ocluir a lesão com pouca gaze e pouco micropore.</li></ol>			
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:  Cesaretti, IUR; Paula, MAB e Paula, PR. Estomaterapia: temas básicos em estomas. São Paulo: Cabral. 1ª Edição.2006.  Jorge, AS & Dantas, SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. Rio de Janeiro: Atheneu. 1ª Edição.2007.  BRUNNER, L. S. & Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirúrgica</i> . Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.  PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i> . Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.			


UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP. 014 Data: Revisão	Página:
	PROCEDIMENTO: HIGIENE ORAL		
<b>DEFINIÇÃO:</b> É a limpeza necessária aos dentes ou próteses de indivíduos acometidos por neoplasia.			
<b>OBJETIVO:</b> Manter a dentição limpa, mucosas e gengivas íntegras e limpas.			
<b>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</b> Enfermeiro		<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</b> Enfermeiro	
<b>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escova de dentes de cerdas macias</li> <li>• Limpador de língua</li> <li>• Fio dental</li> <li>• Gaze ou algodão</li> <li>• Gluconato de Clorexidina 0,12% (Perioxidin®) ou (Periogard®) colutório gel</li> </ul>			
<b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b> <p>1 – Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar, e obter o seu consentimento;</p> <p>2 – Providenciar um recipiente vazio e um copo de água da torneira, se cliente lúcido e participante, auxiliaremos a realizar o procedimento;</p> <p>3 – Quando o cliente está em fase do fim da vida ou sedado, é necessário que o enfermeiro faça a higiene, se o cliente possuir prótese, retira-las e escovar na pia do banheiro e após proceder com higiene com gaze ou algodão das mucosas e gengivas mergulhadas na solução anti-séptica (clorexidina 0,12%) e passar quantas vezes for necessário para retirar as sujidades presentes nas mucosas, gengivas e dentes, se for possível escove os dentes com escova de cerdas macias se o cliente com reflexo de deglutição preservado pedir para que o mesmo receba 10ml de solução anti-séptica (clorexidina 0,12%) bochecho e devolva no recipiente vazio.</p>			
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b> <p>BRUNNER, L. S. &amp; Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirúrgica</i>. Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.</p> <p>PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i>. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.</p>			

<p align="center"><b>UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS</b> <b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p>		<p>POP. 015</p> <p>Data:</p> <p>Revisão</p>	<p>Página:</p>
	<p><b>PROCEDIMENTO: PARACENTESE</b></p>		
<p><b>DEFINIÇÃO:</b></p> <p>Drenagem de líquido peritoneal originado pela ascite proveniente de tumores malignos.</p>			
<p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Aliviar o desconforto do portador de ascite, como dispneia, dificuldade para se alimentar e dormir, além de outras complicações mais graves.</p>			
<p><b>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</b></p> <p>Médico</p>		<p><b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</b></p> <p>Médico</p>	
<p><b>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gaze estéril</li> <li>• 01 par de luvas estéreis</li> <li>• Jelco 16 ou 14</li> <li>• Álcool a 70% ou Clorexidina alcoólica</li> <li>• Equipos comuns</li> <li>• Frasco coletor do tipo aberto estéril 1200ml</li> <li>• Esparrapado</li> <li>• Agulha 40 x 12</li> <li>• Agulha 30 x 0,7</li> <li>• Agulha 13 x 4,5</li> </ul>			
<p><b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar e obter seu consentimento.</li> <li>2 – Realizar assepsia da pele geralmente logo abaixo do umbigo com clorexidina alcoólica;</li> <li>3 – Realizar aplicação de anestesia lidocaína s/ va</li> <li>4 -</li> </ol> <p>A paracentese é a inserção de uma agulha na cavidade abdominal para a extração de líquido. Normalmente, a cavidade abdominal, por fora do trato digestivo, contém apenas uma pequena quantidade de líquido. Entretanto, em determinadas circunstâncias (p. ex. , perfuração gástrica ou intestinal, doenças hepáticas, câncer ou ruptura do baço), pode ocorrer um acúmulo de líquido. O médico pode realizar a paracentese para coletar uma amostra de líquido para análise ou para remover o excesso de líquido. Antes da paracentese, é realizado um exame físico, às vezes acompanhado por uma ultrasonografia, para confirmar se a cavidade abdominal contém líquido em excesso. Em seguida, uma área da pele, geralmente logo abaixo do umbigo, é desinfetada com uma solução antisséptica e anestesiada com uma pequena quantidade de anestésico. A seguir, o médico introduz uma agulha conectada a uma seringa através da pele e dos músculos da parede abdominal até a área onde o líquido está acumulado. Pode ser realizada a extração de um pequeno volume de líquido (para exames laboratoriais) ou de vários litros (para aliviar a distensão).</p>			
<p><b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b></p>			

UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP. 016 Data: 29.11.2009 Revisão:	Página:
		PROCEDIMENTO: FERIDA TUMORAL (CURATIVO)	
DEFINIÇÃO:  É uma infiltração de células malignas através do epitélio alterando a integridade epidérmica e possui sintomas como hemorragia, odor, infecção e exsudato.			
OBJETIVO:  Manter a lesão ocluída, limpa, sem dor, sangramento e odor.			
RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:  Médico e Enfermeiro		RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:  Enfermeiro	
MATERIAL / EQUIPAMENTOS: <ul style="list-style-type: none"><li>• 01 par de luvas de procedimentos</li><li>• Soro fisiológico 0,9%</li><li>• Clorexidina degermante</li><li>• Gaze não estéril</li><li>• Cobertura não aderente (tela vaselinada, vaselina em pasta, ácido graxo essencial e óleo mineral)</li><li>• Cobertura bactericida e bacteriostática (metronidazol 0,8%, sulfadiazina de prata)</li><li>• Cobertura Debridante (Papaína, colagenase e alginato de cálcio)</li><li>• Cobertura hemostática (colágeno hemostático e alginato de cálcio)</li><li>• Micropore</li></ul>			
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:  10. Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar e obter seu consentimento; 11. Preparar o material que será utilizado; 12. Calçar luvas de procedimento; 13. Lavar a lesão com soro fisiológico e clorexidina degermante suavemente com auxílio de algodão ou gaze; irrigar bem a lesão para retirada o sabão; 14. Secar as bordas; 15. Aplicar o produto indicado após a avaliação do enfermeiro; 16. Ocluir a lesão com gaze e micropore como cobertura secundária.			
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:  BRUNNER, L. S. & Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirúrgica</i> . Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979. PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i> . Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p. SMITH-TEMPLE, JEAN; JOHNSON, JOYCE YOUNG. <i>GUIA PARA PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</i> . 4ED. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2004.			



UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP. 017 Data: 29.11.2009 Revisão:	Página:
		PROCEDIMENTO: IRRIGAÇÃO VESICAL	
<b>DEFINIÇÃO:</b> A introdução de cateter de três vias um uretra para lavar e drenar a bexiga.			
<b>OBJETIVO:</b> Manter a permeabilidade da bexiga e do cateter, por meio da remoção ou da redução de substâncias como coágulos e tampões de muco na bexiga. Prevenir ou tratar inflamação ou infecção vesical. Instilar medicamento para tratamento tópico vesical.			
<b>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</b> Médico		<b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</b> Enfermeiro	
<b>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cateter vesical foley de três vias</li> <li>• Solução prescrita para irrigação</li> <li>• Equipo comum macrogotas</li> <li>• Polifix de 2 vias</li> <li>• Suporte para soro</li> <li>• Um par de luva de procedimentos</li> <li>• Clororexidina degermante 2%</li> <li>• Algodão</li> <li>• Água morna</li> <li>• Xilocaina gel</li> <li>• Seringa 20ml</li> <li>• Água destilada 20ml</li> <li>• Fixador de cateter</li> <li>• Coletor fechado de urina</li> <li>• Urostop (oclusor de via da irrigação)</li> </ul>			
<b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>17. Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar e obter seu consentimento;</li> <li>18. Preparar o líquido irrigante; Remover a solução e o equipo IV das embalagens externas, fechar a pinça rolante em torno do equipo, adicionar medicamentos á solução irrigante, se prescrito, pela via apropriada, inserir a ponta aguda do equipo na via de inserção do frasco de solução, e colocar no suporte, preencher a câmara de gotejamento até a metade com o liquido, remover a proteção do final do equipo, cuidando para não contamina-lo, ou a própria tampa protetora, etiquetar a bolsa de líquidos e escrever o tipo de solução, aditivos, data e hora em que a solução foi aberta;</li> <li>19. Calçar luvas de procedimento, com algodão ensaboar suavemente a genitália com clorexidina degermante e após retirar o sabão com água morna e auxílio de algodão;</li> <li>20. Inserir o cateter de acordo com o POP 001;</li> <li>21. Conectar o polifix na via que será acoplada o equipo comum macrogotas que já está conectado a solução prescrita;</li> <li>22. Deixar o gotejamento de 21gts/min para que seja irrigado 1500ml/24h, ou calcular o gotejamento necessário de acordo com a prescrição médica.</li> </ol>			
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b> BRUNNER, L. S. & Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirurgica</i> . Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979. PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i> . Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p. SMITH-TEMPLE, JEAN; JONHSON, JOYCE YOUNG. <i>GUIA PARA PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</i> . 4ED. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2004.			

<p>UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS</p> <p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	<p>POP. 018</p> <p>Data:</p> <p>Revisão</p> <p>Página:</p>
	<p>PROCEDIMENTO: NORMAS TÉCNICAS COM LIXO PRODUZIDO NO DOMICÍLIO - Descarte de resíduos de risco</p>
<p>DEFINIÇÃO: DESCARTE DE RESÍDUOS DE RISCO QUE SÃO AQUELES GERADOS NO MANUSEIO, ADMINISTRAÇÃO, PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E DESCARTES DAS DROGAS DE RISCO. SÃO CLASSIFICADOS EM:</p> <p><b>Grupo A:</b> resíduos biológicos ou contaminados com agentes biológicos.</p> <p><b>Grupo B:</b> resíduos químicos ou contaminados por químicos perigosos.</p> <p><b>Grupo C:</b> Rejeitos radioativos ( não existentes na empresa)</p> <p><b>Grupo D:</b> resíduos comuns</p>	
<p>OBJETIVO:</p> <p>Minimizar riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho e proteger a saúde do trabalhador e da população em geral. Minimizar a geração de resíduos promovendo a substituição de materiais e de processos por alternativas de menor risco, a redução na fonte e a reciclagem, dentre outras alternativas.</p> <p>Proteção pessoal</p> <p>Proteção ambiental</p>	
<p>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</p> <p>Farmacêutico e Enfermeiro</p>	<p>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</p> <p>Auxiliar de serviços gerais</p>
<p><b>ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– O armazenamento temporário (ou interno) consiste na guarda do resíduo até seu traslado para o armazenamento externo ou destino final, alguns pontos devem ser esclarecidos.</li> <li>– É importante que o armazenamento temporário seja observado criteriosamente.</li> <li>– O resíduo pode ser estocado no seu local de geração por até dois dias.</li> </ul> <p>Deve ser observado o procedimento de fechamento definitivo e hermético e a identificação adequada do reservatório.</p> <p><b>RESÍDUOS DE RISCO</b></p> <p>O manuseio e acondicionamento do resíduo deve ser feito pelo profissional devidamente treinado, paramentado, munido de todos os equipamentos de proteção individual (EPIs) como: luvas de PVC grossas, uniforme, gorro, máscara e calçado antiderrapante.</p> <p><b>RESÍDUOS GERADOS NA EMPRESA</b></p> <p><b>GRUPO A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Resíduos resultantes da atenção a saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica descartados em saco branco leitoso com identificação de lixo químico</li> <li>– Material perfurocortante ou escarificante com suspeita ou certeza de contaminação com prions, descartados na caixa de perfurocortantes com identificação de contaminação biológica</li> </ul> <p><b>GRUPO B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Resíduos químicos hormonal descartados na caixa de perfurocortantes com identificação de resíduo químico</li> <li>– Bolsas usadas de soro e equipamentos, em saco branco leitoso com identificação de lixo químico</li> </ul> <p><b>GRUPO D:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lixo de papéis gerados nos consultórios, recepção, banheiros, embalagens de medicações não contaminadas – saco preto – encaminhada para a lixeira do corredor</li> </ul>	

- Gaze, algodão – saco branco encaminhado para a lixeira do corredor

**GRUPO E:**

- Perfurocortante – agulhas, seringas e scalps não contaminados com resíduo de QT – encaminhados para a lixeira do corredor em caixa própria para descarte de perfurocortante, fechada e embalada.


**NORMAS, DOCUMENTOS COMPLEMENTARES E REFERÊNCIAS:**


RDCnº 33 de 25/02/2003

RESOLUÇÃO CONAMA nº 5 de 05/08/1993

RESOLUÇÃO CONAMA nº 283 de 12/07/2001

UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		POP. 019 Data: 29.11.2009 Revisão	Página:
		PROCEDIMENTO: MUCOSITE (CUIDADOS)	
DEFINIÇÃO:			
Síndrome clínica caracterizada por ulceração da mucosa e sintomas gastrintestinais em pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica e/ou radioterapia.			
OBJETIVO:			
Prevenir e intervir quando o cliente apresentar em seus diferentes graus a mucosite.			
RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:		RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:	
Médico e Enfermeiro		Enfermeiro	
MATERIAL / EQUIPAMENTOS:			
Água mineral ou filtrada (aproximadamente um copo de 200ml) Uma colher (Café) de bicabornato de sódio em pó Escova de cerdas macias gaze ou algodão 1 (par) luva de procedimento toalha pequena nistatina solução oral (se prescrita por médico)			
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:			
<ul style="list-style-type: none"><li>– <b>SEM MUCOSITE: Manter higiene oral, usando escova de dente macia e fazendo bochecho com água bicarbonatada (um copo com água e uma colher de café de bicarbonato de sódio ).</b></li><li>– Durante infusão de alguns quimioterápicos tais como, por ex. Fluoruaclil oferecer gelo ou sorvete de fruta ao paciente</li><li>– <i>MUCOSITE LEVE (hiperemia em mucosa):</i> Manter a mesma conduta anterior. Se usar prótese, <i>evitá-la.</i></li><li>– <i>MUCOSITE GRAU II (presença de lesões em pouca quantidade apenas em cavidade oral):</i> Manter higiene, havendo dificuldade de usar escova, usar gaze ou pano limpo, enrolado nos dedos indicador e médio; Usar Nistatina solução oral (5ml) 4x ao dia, bochechar .</li><li>– MUCOSITE GRAU III (Presença de lesões em orofaringe): Manter higiene, havendo dificuldade de usar escova, usar gaze ou pano limpo, enrolado nos dedos indicador e médio;</li><li>– Usar Nistatina solução oral (5ml) 4x ao dia, bochechar e engolir .</li></ul> <p>Obs: A informação em forma de educação aos pacientes e familiares de forma rotineira e delicada faz parte dos cuidados para prevenção e tratamento de mucosite.</p>			
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:			
BONASSA, Edva M. Aquilar. <i>Enfermagem em quimioterapia</i> . Rio de Janeiro: Ed. Ateneu, 2000.			
BRUNNER, L. S. & Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirurgica</i> . Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.			
PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i> . Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.			

<p>UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS</p> <p>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>		<p>POP. 020</p> <p>Data: 29.11.2009</p> <p>Revisão</p>	<p>Página:</p>
	<p>PROCEDIMENTO: ORAL (ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS) VIA DE ESCOLHA EM CUIDADOS PALIATIVOS</p>		
<p><b>DEFINIÇÃO:</b></p> <p>é a via de escolha preferencial aos pacientes portadores de doenças crônicas/degenerativas como a neoplasia avançada, devido ao prognóstico reservado, preservando assim a integridade do paciente pela suspensão de invasões venosas, intramusculares e subcutâneas.</p>			
<p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Administrar medicações por via oral para serem absorvidos no trato gastrointestinal.</p>			
<p><b>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</b></p> <p>Médico</p>		<p><b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</b></p> <p>Enfermeiro</p>	
<p><b>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copo com líquido (água, leite ou suco aproximadamente 100ml)</li> <li>• Relógio</li> <li>• Planilha de medicamentos</li> </ul>			
<p><b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar e obter seu consentimento.</li> <li>2. Solicitar sua colaboração conforme procedimento se possível;</li> <li>3. Instruir o paciente a deglutir o medicamento sentado com auxílio de líquido ou posiciona-lo em posição de foley 90° ou pelo menos em 45°.</li> <li>4. Informar o paciente e seus cuidadores/familiares a seguir tabela confeccionada pela empresa e no verso anotar data, horário e medicações necessárias para resgates.</li> <li>5. Quando for necessário facilitar a deglutição de apresentações como comprimidos e cápsulas, avaliar se o mesmo medicamento poderá ser convertida a dose para solução ou gotas ou macerar o comprimido maciços dilui-los em água filtrada e administra-los lentamente com colher ou seringa diretamente na cavidade oral.</li> </ol> <p>Obs: Exclui os seguintes medicamentos: omeprazol (pois seus grânulos só se desintegram em contato com as substâncias da digestão, amilase contida na saliva e ácido clorídrico no estômago) e alguns medicamentos em cápsula com seu conteúdo em forma pó que necessitam do envoltório da capsula para chegar ao estômago, como exemplo cloridrato de tramadol.</p>			
<p><b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b></p> <p>BRUNNER, L. S. &amp; Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirúrgica</i>. Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.</p> <p>PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i>. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.</p>			

<p align="center"><b>UNIC – UNIDADE DE CUIDADOS</b> <b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p>		<p>POP. 021      Página: Data: 29.11.2009 Revisão</p>
	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES E SOLUÇÕES VENOSAS</b></p>	
<p><b>DEFINIÇÃO:</b></p> <p>Trata-se da introdução de um cateter de tamanho curto na circulação venosa periférica, sendo os membros superiores os locais de escolha. Existem outras opções como membros inferiores, jugulares externas ( D e E ), e cabeça.</p>		
<p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Administrar soluções para reposição volêmica e medicar distúrbios eletrolíticos e outros sintomas que o paciente possa apresentar.</p>		
<p><b>RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO:</b></p> <p>Médico</p>		<p><b>RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:</b></p> <p>Enfermeiro</p>
<p><b>MATERIAL / EQUIPAMENTOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clorexidina alcoólica</li> <li>• Algodão</li> <li>• Garrote</li> <li>• Jelco (24, 22, 20) em adultos</li> <li>• Scalp (23 e 21) em adultos</li> <li>• Filme de poliuretano</li> <li>• Esparadrapo impermeável ou microporoso</li> <li>• Polifix 2 vias</li> <li>• Equipo comum macrogotas</li> <li>• Solução prescrita pelo médico</li> <li>• Seringa 20ml</li> <li>• Agulha 40 x 12mm</li> </ul>		
<p><b>DESCRIÇÃO DA TÉCNICA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento a ser realizado e sua finalidade ao cliente e/ou familiar e obter seu consentimento.</li> <li>2. Preparar os materiais a serem utilizados.</li> <li>3. realizar assepsia com clorexidina alcoolica no local que foi escolhido para inserção do cateter escolhido;</li> <li>4 - Introduzir o cateter na veia escolhida no ângulo de 45° ou menor ângulo quando necessário, havendo retorno de sangue retirar a agulha em caso de cateter agulhado (Jelco) e quando Cateter do tipo agulha somente (Scalp) apenas introduzi-lo e verificar retorno venoso para certifica-lo de seu posicionamento;</li> <li>5 - Conectar o equipo com polifix ao cateter;</li> <li>6 - Fixa-lo com esparadrapo impermeavel, microporoso ou filme de poliuretano;</li> <li>7 - Manter solução prescrita continua até o termino do tratamento proposto.</li> </ol> <p>OBS: Em caso de administração de medicações, deve-se dilui-las em pelo menos 10ml, sempre utilizando seringa de 20ml para que se possivel completa-la com o diluente após aspiração do fármaco prescrito.</p>		
<p><b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b></p> <p>BRUNNER, L. S. &amp; Suddarth, D. S. <i>Enfermagem Médico-Cirurgica</i>. Rio de Janeiro Ed. Interamericana, 1979.</p> <p>PEREIRA, M. M. et al. <i>Rotinas de enfermagem</i>. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994, 184p.</p> <p>SMITH-TEMPLE, JEAN; JONHSON, JOYCE YOUNG. <i>GUIA PARA PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</i>. 4ED. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2004.</p>		