

Aula 11 – Manejo de Outros Sintomas Comuns – Parte 2

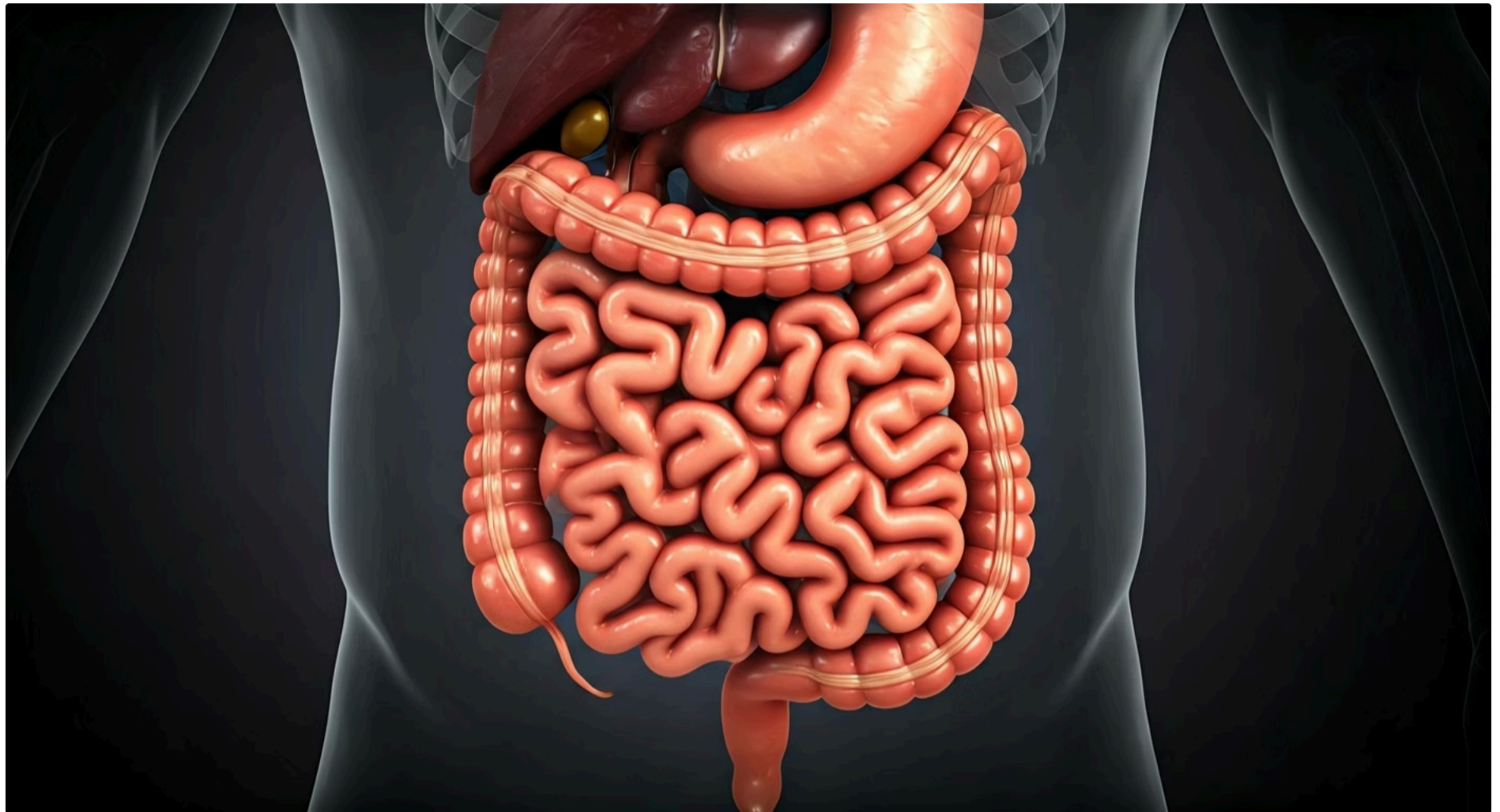


No universo dos cuidados paliativos, a jornada do paciente é frequentemente marcada por uma série de desafios que vão além da doença primária. Sintomas como dor, náuseas e dispneia são amplamente discutidos, mas existe um conjunto de outras manifestações que, embora menos óbvias para o público geral, impactam profundamente a qualidade de vida e a dignidade do indivíduo. Ignorar esses "outros sintomas" seria como tentar consertar um carro olhando apenas para o motor, sem perceber que os pneus estão furados.

Compreender e manejar esses sintomas é uma habilidade essencial para qualquer profissional de saúde que atue em cuidados paliativos. Não se trata apenas de aliviar o sofrimento físico, mas de restaurar um senso de controle, conforto e bem-estar integral. É por isso que esta aula se aprofunda em condições como constipação, delirium, fadiga, ansiedade e depressão – problemas que, se não abordados adequadamente, podem transformar o cotidiano do paciente e de sua família em um fardo ainda maior.

Ao final desta aula, você será capaz de identificar os principais sintomas comuns em cuidados paliativos, compreender suas causas e mecanismos, e aplicar estratégias de manejo profilático e terapêutico baseadas nas melhores evidências. Nosso objetivo é equipá-lo com o conhecimento necessário para intervir de forma eficaz, promovendo o conforto e a dignidade, e integrando as tendências mais recentes, como a comunicação empática e a visão da dor total.

Constipação Intestinal: Um Desafio Silencioso



Imagine que você está em uma viagem longa, e de repente, o trânsito para completamente. Não há para onde ir, e a sensação de estagnação começa a gerar desconforto e frustração. Essa analogia pode nos ajudar a entender a constipação intestinal, um sintoma que, embora muitas vezes subestimado, é um dos mais prevalentes e incômodos em pacientes sob cuidados paliativos, especialmente aqueles que utilizam opioides. A constipação não é apenas um desconforto físico; ela pode levar a dor abdominal, náuseas, vômitos, distensão e, em casos graves, até mesmo a obstrução intestinal, impactando severamente a qualidade de vida.

Importante: A principal causa da constipação nesse contexto é o uso de opioides, medicamentos essenciais para o manejo da dor intensa. Os opioides atuam nos receptores μ (mu) no trato gastrointestinal, diminuindo a motilidade intestinal, aumentando a absorção de água e relaxando o esfíncter anal, criando um cenário perfeito para a dificuldade de evacuação.

É um efeito adverso que não desenvolve tolerância com o tempo, ou seja, persiste enquanto o paciente estiver em uso da medicação.

Diante dessa realidade, o manejo profilático da constipação induzida por opioides não é uma opção, mas uma necessidade imperativa. Assim como você não esperaria o carro quebrar para fazer a manutenção, não devemos esperar o paciente desenvolver constipação severa para intervir. A prevenção é a chave, e ela deve começar no momento em que a terapia com opioides é iniciada, integrando-se à abordagem de "Manejo da Dor Total", que considera não apenas a dor física, mas também o bem-estar gastrointestinal como parte integrante do conforto do paciente.

Estratégias de Manejo Profilático e Terapêutico

A abordagem da constipação intestinal em cuidados paliativos exige uma estratégia multifacetada, que combine medidas não farmacológicas e farmacológicas, sempre com foco na profilaxia. Pense na profilaxia como a construção de uma ponte antes que o rio transborde: você se antecipa ao problema para evitar que ele se torne uma crise. Isso significa que, ao iniciar um opioide, o laxante deve ser prescrito concomitantemente, e não apenas "se necessário".



Hidratação Adequada

Incentivar a ingestão adequada de líquidos para manter as fezes macias



Mobilidade

Pequenas caminhadas ou exercícios na cama para estimular o intestino



Dieta Rica em Fibras

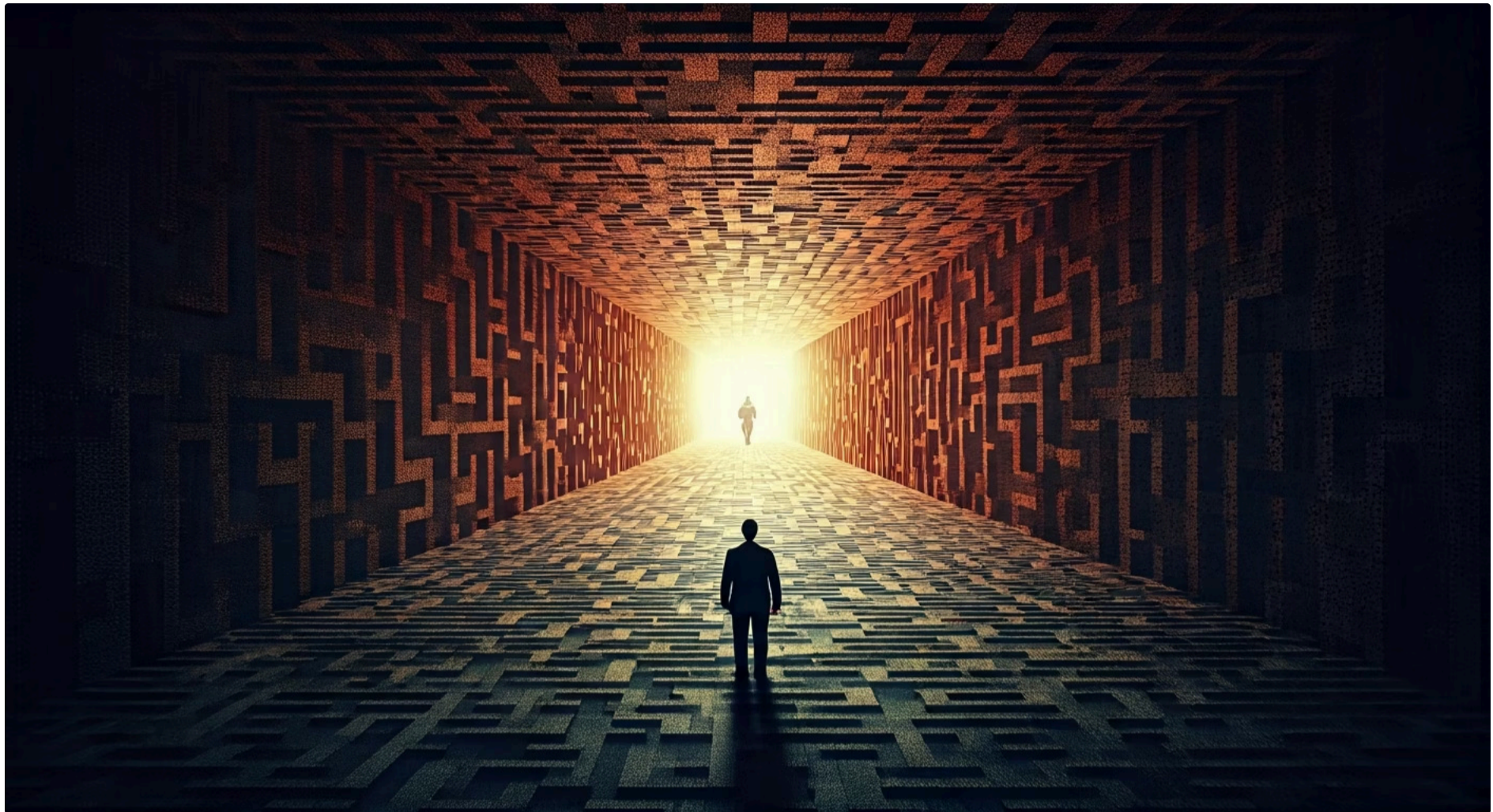
Se tolerada e apropriada para a condição do paciente

Manejo Farmacológico

Quando falamos em manejo farmacológico, a combinação de um laxante estimulante (como o bisacodil ou senna) com um laxante osmótico (como o polietilenoglicol – PEG ou lactulose) é frequentemente a mais eficaz. Os estimulantes agem aumentando a motilidade intestinal, enquanto os osmóticos atraem água para o intestino, amolecendo as fezes. É como ter uma equipe de limpeza: um empurra a sujeira e o outro a dissolve. Em casos refratários, podem ser considerados antagonistas de receptores opioides de ação periférica (PAMORAs), como a metilnaltrexona, que bloqueiam os efeitos dos opioides no intestino sem comprometer a analgesia central.

A comunicação eficaz com o paciente e a família sobre a importância da profilaxia e a expectativa de uso contínuo de laxantes é vital. Muitas vezes, há resistência em usar laxantes diariamente, mas explicar que é uma parte intrínseca do tratamento com opioides pode aumentar a adesão.

Delirium: A Confusão que Desorienta



Imagine-se em um labirinto onde as paredes mudam constantemente, as saídas desaparecem e as pessoas ao seu redor parecem estranhas ou ameaçadoras. Essa é uma pequena amostra do que um paciente com delirium pode experimentar. O delirium, também conhecido como estado confusional agudo, é uma alteração neuropsiquiátrica caracterizada por uma perturbação aguda e flutuante da atenção, consciência e cognição. É um dos sintomas mais angustiantes para pacientes e familiares, e sua prevalência é altíssima em cuidados paliativos, especialmente nas fases finais da vida.

O que é Delirium?

O delirium não é uma doença em si, mas sim uma manifestação de uma disfunção cerebral aguda, frequentemente reversível se a causa subjacente for identificada e tratada. No entanto, em pacientes paliativos, as causas podem ser múltiplas e complexas, e nem sempre reversíveis. Sua identificação precoce é crucial, pois o delirium está associado a pior prognóstico, maior tempo de internação e sofrimento significativo.

Tipos de Apresentação

- **Hiperativo:** com agitação, alucinações
- **Hipoativo:** com sonolência, letargia (frequentemente subdiagnosticado)
- **Misto:** alternância entre os dois estados

A dificuldade em identificar o delirium reside em sua natureza flutuante e nas suas diferentes apresentações. É como um camaleão, que muda de cor e se esconde à vista. Por isso, ferramentas de rastreamento são indispensáveis para uma identificação sistemática e precisa.

Identificação, Causas e Manejo do Delirium

☐ Confusion Assessment Method (CAM)

Uma das ferramentas mais conhecidas e amplamente utilizadas para identificação do delirium. O CAM avalia quatro características principais:

1. Início agudo e curso flutuante
2. Desatenção
3. Pensamento desorganizado
4. Alteração do nível de consciência

Diagnóstico confirmado: presença das características 1 e 2, mais 3 ou 4.

Causas Reversíveis do Delirium

As causas do delirium em cuidados paliativos são variadas e muitas vezes multifatoriais. Podemos pensar nelas como um "combo" de fatores estressores para o cérebro.

Infecções

Urinárias, respiratórias

Distúrbios Metabólicos

Desidratação, hiponatremia, hipercalcemia, hipoglicemia

Medicações

Opioides, benzodiazepínicos, anticolinérgicos, corticosteroides

Dor Não Controlada

Sufrimento físico intenso

Retenção

Urinária ou fecal

Privação de Sono

Ciclo sono-vigília alterado

Abstinência

Álcool, benzodiazepínicos

Medidas Não Farmacológicas

O manejo do delirium começa com a busca e correção das causas reversíveis. É um trabalho de detetive, onde cada pista pode levar à solução. Ao mesmo tempo, medidas não farmacológicas são a base do tratamento: manter um ambiente calmo e seguro, reorientar o paciente frequentemente (com calendários, relógios, fotos de família), garantir um ciclo sono-vigília adequado, promover a hidratação e nutrição, e envolver a família no cuidado. A comunicação empática, como preconizado pelo Protocolo SPIKES, é fundamental para explicar à família o que está acontecendo, desmistificar o delirium e orientá-los sobre como interagir com o paciente.

Tratamento Farmacológico do Delirium



Em situações de agitação severa ou sofrimento intenso, pode ser necessário o uso de medicação. Antipsicóticos de baixa dose, como o haloperidol, são frequentemente a primeira escolha, especialmente para o delirium hiperativo. Em casos específicos, outros antipsicóticos atípicos podem ser considerados. No entanto, a farmacoterapia deve ser usada com cautela, sempre visando o alívio do sofrimento e não a sedação excessiva.

Conceito	Âmbito/Aplicação	Base/Origem	Exemplo
Delirium Hiperativo	Agitação, alucinações, agressividade	Disfunção cerebral aguda	Paciente tentando sair da cama, gritando, vendo "insetos"
Delirium Hipoativo	Letargia, sonolência, apatia, lentidão	Disfunção cerebral aguda	Paciente dormindo a maior parte do tempo, dificuldade de despertar, pouco responsivo
CAM	Ferramenta de rastreamento e diagnóstico	Critérios clínicos validados	Avaliação rápida para identificar delirium à beira do leito

A integração precoce dos cuidados paliativos permite que a equipe esteja atenta ao risco de delirium desde o diagnóstico de doenças graves, implementando medidas preventivas e monitorando ativamente os pacientes. Isso reforça a ideia de que o cuidado paliativo não é apenas para o fim da vida, mas uma abordagem contínua para otimizar a qualidade de vida.

Fadiga: O Cansaço que Não Passa

Imagine que você correu uma maratona, mas a linha de chegada nunca aparece. Essa sensação de exaustão profunda e persistente, que não melhora com o repouso e interfere nas atividades diárias, é a fadiga. Em pacientes sob cuidados paliativos, a fadiga é um dos sintomas mais comuns e debilitantes, afetando até **90% dos indivíduos com câncer avançado**. Diferente do cansaço normal que sentimos após um dia de trabalho, a fadiga patológica é uma experiência avassaladora que rouba a energia, a motivação e a capacidade de desfrutar da vida.

Causas Multifatoriais da Fadiga

Causas Relacionadas à Doença

- Câncer avançado
- Insuficiência cardíaca
- Insuficiência renal
- Outras doenças crônicas

Causas Relacionadas ao Tratamento

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Anemia
- Desnutrição


Causas Psicológicas

- Depressão
- Ansiedade
- Distúrbios do sono

Causas Físicas

- Dor não controlada
- Insônia
- Inatividade

A fadiga em cuidados paliativos é multifatorial. É como um emaranhado de fios, onde cada um puxa um pouco da energia do paciente. Seu impacto vai além do físico, atingindo o psicológico, social e espiritual, alinhando-se perfeitamente ao conceito de "Dor Total".

 **Avaliação Essencial:** Não basta perguntar "Você está cansado?". É preciso aprofundar, questionando sobre a intensidade (usando escalas de 0 a 10), o padrão (quando é pior?), os fatores que a aliviam ou pioram, e como ela afeta as atividades diárias e a qualidade de vida. Essa escuta ativa e empática é fundamental para entender a dimensão do problema para cada paciente.

Avaliação e Estratégias de Conservação de Energia

A avaliação da fadiga deve ser sistemática e incluir a investigação de causas reversíveis. Assim como no delirium, é preciso ser um detetive. Anemia, hipotireoidismo, distúrbios eletrolíticos, dor mal controlada, depressão e insônia são condições que podem ser tratadas e, ao fazê-lo, aliviar a fadiga. É importante lembrar que, em muitos casos, a fadiga não terá uma causa única e totalmente reversível, mas a otimização de cada fator pode trazer um alívio significativo.

Estratégias de Conservação de Energia

As estratégias de conservação de energia são o cerne do manejo não farmacológico da fadiga. Pense nelas como um "gerenciamento de bateria": o paciente tem uma quantidade limitada de energia, e o objetivo é usá-la de forma inteligente.

01

Priorização de Atividades

Identificar o que é mais importante para o paciente e focar a energia nessas tarefas

02

Planejamento

Distribuir as atividades ao longo do dia, intercalando períodos de atividade com repouso

03

Pequenas Pausas

Descansar antes de se sentir exausto

04

Delegação

Pedir ajuda para tarefas que podem ser realizadas por outros

05

Adaptação do Ambiente

Ter objetos de uso frequente ao alcance, usar dispositivos de auxílio

06

Exercícios Leves

Caminhadas curtas e regulares, se toleradas, podem paradoxalmente melhorar a fadiga e o humor

A comunicação sobre a fadiga é crucial. Muitos pacientes sentem-se culpados ou envergonhados por não conseguirem realizar tarefas simples. Explicar que a fadiga é um sintoma real da doença e não uma falha pessoal pode aliviar esse fardo emocional. O apoio psicológico e a terapia ocupacional podem ser valiosos para ajudar o paciente a adaptar-se e a encontrar novas formas de engajamento.

Manejo Farmacológico da Fadiga

Em termos farmacológicos, não há um "remédio mágico" para a fadiga em cuidados paliativos. No entanto, algumas intervenções podem ser consideradas em casos específicos.

Correção da Anemia

Transfusões ou eritropoetina podem ser úteis em casos de anemia significativa

Corticosteroides

Em doses baixas podem melhorar a energia e o apetite em alguns pacientes, mas devem ser usados com cautela devido aos seus efeitos adversos

Estimulantes Psicomotores

Como o metilfenidato, podem ser considerados em casos selecionados de fadiga severa e refratária, sempre avaliando o risco-benefício

Conceito	Âmbito/Aplicação	Base/Origem	Exemplo
Fadiga Paliativa	Exaustão persistente, não aliviada pelo repouso	Multifatorial (doença, tratamento, comorbidades)	Paciente com câncer avançado que não consegue levantar da cama para comer
Conservação de Energia	Estratégias para gerenciar a energia disponível	Terapia ocupacional, autocuidado	Dividir tarefas domésticas em etapas curtas, com pausas
Dor Total	Abordagem holística da dor	Conceito de Cicely Saunders	A fadiga como componente da dor física, emocional e social

A fadiga é um lembrete poderoso da complexidade do sofrimento em cuidados paliativos e da necessidade de uma abordagem interdisciplinar, onde cada membro da equipe contribui para o bem-estar global do paciente.

Ansiedade e Depressão: O Sofrimento Invisível



Imagine-se preso em uma névoa densa, onde o futuro parece incerto e ameaçador, e o presente é um fardo pesado de tristeza e desesperança. Essa é a realidade da ansiedade e da depressão, sintomas psicológicos que são extremamente comuns em pacientes com doenças graves e em cuidados paliativos. Embora não sejam visíveis como uma ferida ou uma febre, seu impacto no sofrimento do paciente e de sua família é imenso, muitas vezes superando a dor física.

Ansiedade

Caracterizada por preocupação excessiva, medo, tensão e sintomas físicos como palpitações e falta de ar. É uma resposta natural ao diagnóstico de uma doença grave, à incerteza do futuro e à proximidade da morte.

Depressão

Manifesta-se como tristeza persistente, perda de interesse, fadiga, alterações do sono e apetite, e sentimentos de desesperança e inutilidade.

- ❑ **Desafio no Reconhecimento:** O reconhecimento da ansiedade e da depressão em pacientes paliativos pode ser desafiador, pois muitos de seus sintomas se sobrepõem aos da própria doença (fadiga, perda de apetite, insônia). Além disso, há um estigma associado a essas condições, levando pacientes e familiares a não as relatarem abertamente.

Ambas são componentes cruciais do "**Manejo da Dor Total**", que reconhece a dimensão psicológica e espiritual do sofrimento.

É fundamental que a equipe de saúde esteja atenta, faça perguntas diretas e crie um ambiente de confiança para que esses sentimentos possam ser expressos.

Reconhecimento e Abordagens Terapêuticas

Identificação Ativa

O primeiro passo para o manejo da ansiedade e depressão é o reconhecimento ativo. Não podemos esperar que o paciente nos diga "Estou deprimido". Precisamos perguntar:

"Como você tem se sentido emocionalmente?"

"O que te preocupa mais?"

"Você tem conseguido sentir prazer nas coisas que antes gostava?"

Ferramentas de rastreamento simples, como a **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)**, podem auxiliar na identificação. A comunicação empática, utilizando técnicas como o Protocolo SPIKES para abordar notícias difíceis e preocupações do paciente, é essencial para construir essa ponte de confiança.

Abordagens Terapêuticas Multifacetadas

As abordagens terapêuticas para ansiedade e depressão em cuidados paliativos são multifacetadas e devem ser individualizadas.



Suporte Psicológico e Psicoterapia

Conversas de apoio, terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia de dignidade podem ser extremamente eficazes. Ajudam o paciente a processar emoções, desenvolver estratégias de enfrentamento e encontrar significado.



Apoio Espiritual

Para muitos pacientes, a fé e a espiritualidade são fontes de conforto e esperança. A conexão com capelães ou líderes religiosos pode ser um pilar importante.



Abordagens Não Farmacológicas

Técnicas de relaxamento, meditação, mindfulness, musicoterapia, arteterapia e aromaterapia podem aliviar a ansiedade e melhorar o humor. A atividade física leve, se tolerada, também tem um impacto positivo.

Farmacoterapia para Ansiedade e Depressão

Quando as medidas não farmacológicas são insuficientes, a farmacoterapia pode ser necessária.

Para Ansiedade

- **Benzodiazepínicos de curta ação** (como o lorazepam) podem ser usados para crises agudas, mas com cautela devido ao risco de sedação e delirium
- **Antidepressivos (ISRS)** podem ser úteis para ansiedade crônica, embora seu efeito demore semanas para aparecer

Para Depressão

- **Antidepressivos (ISRS, tricíclicos)** são a base do tratamento
- Em pacientes com expectativa de vida limitada, pode-se considerar **antidepressivos com início de ação mais rápido** ou **estimulantes psicomotores** em doses baixas, sempre avaliando o risco-benefício

📄 **Objetivo do Tratamento:** É crucial lembrar que o tratamento da ansiedade e depressão não visa "curar" a doença subjacente, mas sim aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida.

A integração precoce dos cuidados paliativos permite que essas questões sejam abordadas desde o início, prevenindo o agravamento e promovendo um cuidado mais completo e humano. A comunicação aberta e honesta com o paciente e a família sobre as expectativas e os objetivos do tratamento é fundamental para alinhar as abordagens e garantir que as necessidades emocionais e espirituais sejam atendidas.

Consolidação do Conhecimento



Nesta aula, mergulhamos no universo dos "outros sintomas comuns" em cuidados paliativos, desvendando a complexidade da constipação intestinal, o desafio do delirium, o peso da fadiga e o sofrimento invisível da ansiedade e depressão. Compreendemos que esses sintomas, embora diversos, compartilham a característica de impactar profundamente a qualidade de vida e a dignidade do paciente, exigindo uma abordagem atenta, empática e multifacetada.



Profilaxia

A pedra angular no manejo da constipação induzida por opioides



Identificação Precoce

Do delirium com ferramentas como o CAM é vital para buscar causas reversíveis



Conservação de Energia

A fadiga demanda estratégias inteligentes de gerenciamento



Dor Total

Ansiedade e depressão são componentes cruciais que exigem escuta ativa

Em Prática

Lembre-se de que cada paciente é único. Avalie sistematicamente, comunique-se com empatia, envolva a família e adapte as estratégias de manejo. A integração precoce dos cuidados paliativos e a visão da "Dor Total" são seus guias para um cuidado verdadeiramente centrado no paciente.

Autoavaliação

1 Qual das seguintes afirmações sobre a constipação induzida por opioides está CORRETA?

- a) Desenvolve tolerância com o tempo, diminuindo a necessidade de laxantes.
- b) É um efeito adverso raro e de fácil manejo.
- c) O manejo profilático com laxantes deve ser iniciado junto com a terapia opioide.
- d) Aumenta a motilidade intestinal e a secreção de água.

2 Um paciente em cuidados paliativos apresenta início agudo de confusão, desatenção e pensamento desorganizado, com flutuações ao longo do dia. Qual ferramenta é mais indicada para auxiliar na identificação do quadro?

- a) Escala de Coma de Glasgow (ECG).
- b) Mini Exame do Estado Mental (MEEM).
- c) Confusion Assessment Method (CAM).
- d) Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D).

3 Em relação à fadiga em pacientes paliativos, qual estratégia de manejo não farmacológico é mais eficaz?

- a) Repouso absoluto e prolongado para economizar energia.
- b) Ignorar a fadiga e tentar manter todas as atividades diárias.
- c) Priorizar atividades importantes e intercalar com períodos de descanso.
- d) Aumentar drasticamente a ingestão de cafeína para estimular a energia.

4 O conceito de "Manejo da Dor Total" em cuidados paliativos abrange quais dimensões do sofrimento?

- a) Apenas a dor física.
- b) Dor física e emocional.
- c) Dor física, psicológica, social e espiritual.
- d) Dor física e social.

5 Questão Dissertativa

Descreva a importância da comunicação empática no manejo da ansiedade e depressão em pacientes sob cuidados paliativos, e como ela se conecta ao conceito de "Dor Total".

Gabarito

Questão 1

Resposta: c)

Questão 2

Resposta: c)

Questão 3

Resposta: c)

Questão 4

Resposta: c)

Próximos Passos e Recursos

Próxima Aula

Aula 12 – Abordagens Não Farmacológicas e Terapias Integrativas

Exploraremos como técnicas complementares e o cuidado holístico podem enriquecer ainda mais o plano terapêutico, oferecendo conforto e bem-estar.

Recursos Adicionais



Manual de Cuidados Paliativos da ANCP

Para aprofundar nos protocolos e diretrizes nacionais



Artigos Científicos sobre o Protocolo SPIKES

Para refinar suas habilidades de comunicação em situações difíceis



Livros sobre "Dor Total" de Cicely Saunders

Para uma compreensão mais profunda da filosofia dos cuidados paliativos

NOTA IMPORTANTE: As informações regulatórias/legais/técnicas desta aula estão atualizadas até 2025. Consulte sempre fontes oficiais para verificar alterações.