

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA GERIÁTRICA



Imagem:
[bsd_studio - depositphotos.com](https://www.depositphotos.com/bsd_studio)

Liliana Antonioli (org.)

Andreia B. T. Macedo (org.)

Aline N. Haar

Ariane Graciotto

Carina Cadorin

Claudir L. da Silva

Deborah B. Mello

Mariane Dresch

Michele M. M. Schmitt

Thais R. de Lima

**CUIDADOS PALIATIVOS EM
ONCOLOGIA GERIÁTRICA-Vol 1**

Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade do(s) autor(es).

Esta publicação está licenciada sob [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Conselho Editorial

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - Ufopa (Editor-Chefe)
Prof^a. Dr^a. Danjone Regina Meira - USP
Prof^a. Ms. Roberta Seixas - Unesp
Prof. Ms. Gleydson da Paixão Tavares - UESC
Prof^a. Dr^a. Monica Aparecida Bortolotti - Unicentro
Prof^a. Dr^a. Isabele Barbieri dos Santos - FIOCRUZ
Prof^a. Dr^a. Luciana Reusing - IFPR
Prof^a. Ms. Laize Almeida de Oliveira - UNIFESSPA
Prof. Ms. John Weyne Maia Vasconcelos - UFC
Prof^a. Dr^a. Fernanda Pinto de Aragão Quintino - SEDUC-AM
Prof^a. Dr^a. Leticia Nardoni Marteli - IFRN
Prof. Ms. Flávio Roberto Chaddad - SEESP
Prof. Ms. Fábio Nascimento da Silva - SEE/AC
Prof^a. Ms. Sandolene do Socorro Ramos Pinto - UFPA
Prof^a. Dr^a. Klenicy Kazumy de Lima Yamaguchi - UFAM
Prof. Dr. Jose Carlos Guimaraes Junior - Governo do Distrito Federal
Prof. Ms. Marcio Silveira Nascimento - UFRR
Prof. Ms. João Filipe Simão Kembo - Escola Superior Pedagógica do Bengo - Angola
Prof. Ms. Divo Augusto Pereira Alexandre Cavadas - FADISP
Prof^a. Ms. Roberta de Souza Gomes - NESPEFE - UFRJ
Prof. Ms. Valdimiro da Rocha Neto - UNIFESSPA
Prof. Dr. Jeferson Stiver Oliveira de Castro - IFPA
Prof. Ms. Artur Pires de Camargos Júnior - UNIVÁS
Prof. Ms. Edson Vieira da Silva de Camargos - Universidad de la Empresa (UDE) - Uruguai
Prof. Ms. Jacson Baldoino Silva - UEFS
Prof. Ms. Paulo Osni Silvério - UFSCar
Prof^a. Ms. Cecília Souza de Jesus - Instituto Federal de São Paulo

“Acreditamos que um mundo melhor se faz com a difusão do conhecimento científico”.

Equipe Home Editora

Liliana Antonioli (organizadora)
Andreia B. T. Macedo (organizadora)
Aline N. Haar
Ariane Graciotto
Carina Cadorin
Claudir L. da Silva
Deborah B. Mello
Mariane Dresch
Michele M. M. Schmitt
Thais R. de Lima

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA GERIÁTRICA-Vol 1

1ª Edição

Belém-PA
Home Editora
2024

© 2024 Edição brasileira
by Home Editora

© 2024 Texto
by Autor

Todos os direitos reservados

Home Editora

CNPJ: 39.242.488/0002-80

www.homeeditora.com

contato@homeeditora.com

91988165332

Tv. Quintino Bocaiúva, 23011 - Batista Campos, Belém - PA, 66045-315

Editor-Chefe

Prof. Dr. Ednilson Ramalho

Projeto gráfico

homeeditora.com

Revisão, diagramação e capa

Autor

Bibliotecária

Janaina Karina Alves Trigo Ramos

CRB-8/009166

Produtor editorial

Laiane Borges

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A532

Cuidados paliativos em oncologia geriátrica: Vol. 1 / Liliana Antonioli (Org.), Andreia B. T. Macedo (Org.). – Belém: Home, 2024.

Outros autores

Aline N. Haar

Ariane Graciotto

Carina Cadorin

Claudir L. da Silva

Deborah B. Mello

Mariane Dresch

Michele M. M. Schmitt

Thais R. de Lima

Arquivo digital

48 p.

ISBN 978-65-6089-061-9

DOI 10.46898/home.af48eebf-91d7-49fb-aa6a-9ac2744c22d6

1. Cuidados paliativos. 2. Oncologia geriátrica. I. Antonioli, Liliana (Org.). II. Macedo, Andreia B. T. (Org.). III. Título.

CDD 616.994006054

SUMÁRIO

<u>APRESENTAÇÃO</u>	<u>6</u>
<u>CAPÍTULO I</u>	<u>12</u>
<u>DOENÇAS ONCOLÓGICAS EM IDOSOS</u>	<u>12</u>
<u>1.1 Câncer de Pele</u>	<u>14</u>
<u>1.2 Câncer de Mama</u>	<u>16</u>
<u>1.3 Câncer de Próstata</u>	<u>19</u>
<u>1.4 Câncer de Intestino</u>	<u>20</u>
<u>CAPÍTULO II</u>	<u>26</u>
<u>CUIDADOS PALIATIVOS: aspectos gerais</u>	<u>26</u>
<u>2.1 Indicações para Cuidados Paliativos</u>	<u>30</u>
<u>2.2 Fases do Cuidado Paliativo</u>	<u>31</u>
<u>2.3 Controle e Manejo da Dor</u>	<u>33</u>
<u>2.4 Comunicação Terapêutica</u>	<u>35</u>
<u>CAPÍTULO III</u>	<u>39</u>
<u>CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA GERIÁTRICA</u>	<u>39</u>
<u>3.1 Peculiaridades do Cuidado Paliativo na Oncogeriatría</u>	<u>42</u>
<u>SOBRE OS AUTORES / ORGANIZADORES</u>	<u>46</u>

RESUMO

Os Cuidados Paliativos (CPs) envolvem competências relacionadas ao enfrentamento de doenças que ameaçam o curso natural da vida, afetando o paciente e seus familiares de forma permanente e sem expectativa de cura. Essas competências estão principalmente ligadas a minimização do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual. A demanda para os CPs é crescente, decorrente do envelhecimento da população e do aumento de condições de saúde complexas, que implicam em maior prevalência de pessoas vivendo com doenças crônicas degenerativas e neoplásicas.

A elaboração deste e-book, “Cuidados Paliativos em oncologia geriátrica”, busca a disseminação do conhecimento aos profissionais da saúde, trazendo informações atuais, embasadas na literatura científica e protocolos nacionais e internacionais, para qualificar a assistência oferecida ao idoso em cuidado paliativo oncológico. Considerando não apenas os aspectos terapêuticos do tratamento do câncer, mas também os desafios adicionais relacionados a faixa etária, como declínio fisiológico, comorbidades e demandas psicossociais e culturais.

Por oportuno, inicialmente abordaremos conceitos e cenários dos CPs em oncologia geriátrica no país e no mundo. No capítulo 1 serão especificadas as doenças oncológicas de maior prevalência na população idosa, respectivos conceitos e fisiopatologia. No capítulo 2 descreveremos os objetivos dos cuidados paliativos e seus princípios, conceitos e indicações. Por conseguinte, no capítulo 3 descreveremos os cuidados paliativos aplicados à oncologia geriátrica, contemplando especificidades ao idoso e à família. Dessa forma, oportunizando compartilhamento de conhecimento de qualidade, facilitando a consulta, revisão e apropriação da temática por parte dos profissionais da saúde, com a finalidade de ampliação e aplicabilidade dos CPs na prática clínica assistencial, beneficiando pacientes, família, profissionais de saúde, e, conseqüentemente, a sociedade.

APRESENTAÇÃO

Aline Nunes Haar

Thais Reis de Lima

O Cuidado Paliativo (CP) é voltado a toda pessoa com diagnóstico de doença que ameace, irreversivelmente, a fisiologia de um órgão ou sistema do organismo humano, seja de forma aguda ou crônica. Frente a isto, a assistência em CP deve ser promovida por equipe multidisciplinar, envolvendo tanto paciente quanto o núcleo familiar, com o objetivo de garantir qualidade de vida, prevenindo e minimizando desconfortos e sofrimento, através de assistência multidisciplinar, frente às demandas físicas, psicológicas, sociais e espirituais do indivíduo e família (BRASIL, 2018).

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu formalmente os Cuidados Paliativos (CPs), por ocasião da 43^a Assembleia Mundial da Saúde. A resolução adotada na ocasião reconheceu sua importância como uma abordagem essencial para melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças incuráveis ou graves. Desde então, os CPs têm sido progressivamente integrados nos sistemas de saúde mundialmente.

O conceito de Qualidade de Vida (QV), formalizado em 1995, com a publicação do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL), considera a percepção subjetiva que um indivíduo faz das influências culturais, sociais, políticas e econômicas que moldam seus objetivos, projetos e expectativas dentro do contexto de sua vida. Sendo relacionadas a auto percepção quanto a saúde física, mental e emocional. Essa definição reconhece a importância das oportunidades de escolha na vida de uma pessoa e reflete a satisfação geral do indivíduo com sua existência (WHOQOL, 1995).

Ainda, de acordo com a OMS, o termo ‘pessoa idosa’ se refere a indivíduos com 60 anos de idade ou mais em países subdesenvolvidos e com 65 anos de idade ou mais em países desenvolvidos. A peculiaridade nessas definições são baseadas em critérios demográficos e variam entre diferentes regiões do mundo. No entanto, é importante reconhecer que a idade cronológica nem sempre reflete a saúde, a capacidade funcional ou a participação na sociedade. Portanto, ao lidar com

questões relacionadas à pessoa idosa, é fundamental considerar não apenas a idade, mas também outros fatores como a saúde física e mental, as habilidades funcionais e o contexto social e cultural em que está inserida.

Neste sentido, estudo conduzido por Freire et al. (2018) revelou que 60% dos pacientes avaliados com doenças oncológicas avançadas eram idosos. Em relação à qualidade de vida, a maioria dos participantes não praticava esportes e já apresentava outras comorbidades, o que implicava em fatores como maior limitação cognitiva, predisposição à perda da capacidade funcional e déficits cognitivos. Tais aspectos interferem significativamente no desempenho das funções pessoais e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

Desta forma, evidencia-se a necessidade de uma abordagem holística e individualizada no cuidado aos pacientes idosos com doenças oncológicas, especialmente quando considera-se a inclusão dos CPs na assistência em saúde. A compreensão das múltiplas dimensões que interferem na qualidade de vida, incluindo fatores físicos, cognitivos e psico-emocionais, é fundamental para promover intervenções eficazes que possam mitigar os impactos negativos dessas condições e melhorar o bem-estar dos pacientes e familiares, independentemente do tempo de vida que resta.

Oportunamente, a definição do termo ‘Cuidados Paliativos (CPs)’ pela OMS ocorreu em 2002, em resolução adotada na 54^a Assembleia Mundial da Saúde. Sendo definido que trata-se de uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam os desafios associados a doenças graves e irreversíveis. Tais cuidados concentram-se no alívio da dor e de outros sintomas físicos, bem como no suporte psicossocial, espiritual e emocional ao paciente e à família.

Ressalta-se que os CPs são oferecidos a pessoas de todas as idades e em todas as fases de uma doença irreversível ou grave, seja ela crônica ou terminal. O objetivo principal é proporcionar o máximo conforto, dignidade e qualidade de vida possível para o paciente, independentemente do estágio da doença ou do prognóstico, bem como oferecer apoio à família durante todo o processo, incluindo assistência após o óbito, durante o período de luto, atendendo integralmente às necessidades biopsicossociais dos envolvidos.

CPs na oncologia geriátrica é cada vez mais premente, especialmente devido à crescente longevidade e aos avanços tecnológicos no

tratamento de doenças que, anteriormente, eram consideradas fatais. Muitas dessas condições, que costumavam ser sentenças de morte iminente, são agora gerenciáveis e se tornaram doenças crônicas passíveis de CPs. Contudo, na assistência ao paciente paliativo, é crucial encontrar um equilíbrio entre o conhecimento científico voltado para o tratamento conservador, e o humanismo, que visa resgatar e preservar a dignidade, o bem estar e a possibilidade de uma morte digna e tranquila quando as opções terapêuticas se esgotam.

Neste sentido, a Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA, 2020) destacou que cerca de 56 milhões de pessoas ao redor do mundo necessitam de CPs. Desses, a maioria tem acima de 50 anos, sendo que, em média 40% tem acima de 70 anos, tendo como doença prevalente a neoplasia, em 28,2% dos casos. As doenças oncológicas estão se tornando cada vez mais prevalentes na população idosa.

Ainda, cerca de 80% dos pacientes com doenças ameaçadoras da vida atualmente enfrenta limitação no acesso a intervenções básicas de saúde, como monitorização e controle de doenças crônicas comuns (KNAUL, 2018). Nesse sentido, é fundamental ampliar o entendimento quanto aos CPs, trabalhando em colaboração entre equipe multidisciplinar, paciente e sua família para garantir adequado manejo dos sintomas da doença, preservando a dignidade e buscando resgatar a qualidade de vida.

A importância de garantir assistência adequada aos pacientes onco-geriátricos transcende o período terminal, abrangendo desde o diagnóstico, definição e acompanhamento terapêutico, bem como análise da combinação de condições multifatoriais de risco para desenvolvimento e evolução clínica. Tanto os fatores de risco modificáveis, como hábitos e estilo de vida e vulnerabilidades sócio-ambientais, como aqueles não modificáveis, como fatores genéticos e idade (MANUAL DE CPs, 2023; MACHADO, 2020).

Peculiarmente à pessoa idosa, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia salienta que os CPs são recomendados para doenças diversas, além das neoplásicas. Citando doenças crônicas, como doenças renais e cardiovasculares crônicas, enfisema pulmonar, demências, doenças neurodegenerativas, entre outras. Sendo que o CP deve ser instituído a fim de permitir que a pessoa atinja seu máximo de potencial, dentro das limitações impostas pela doença, com garantias de qualidade de vida dentro das intervenções terapêuticas definidas. Permitindo que a pessoa e sua família desfrutem ao máximo do tempo que resta, vivenciando plenamente cada momento (SBGG, 2014).

Considerando o exposto, este e-book representa uma ferramenta valiosa para profissionais de saúde que lidam com pacientes nesta condição, bem como para ampliar e possibilitar reflexões sobre o cuidado centrado no paciente. Ao abordar de forma abrangente os princípios e práticas dos CPs nesse contexto específico, oferece orientações essenciais para garantir uma assistência de qualidade, centrada no paciente e em sua família.

Com informações embasadas em evidências e corroboradas pela experiência assistencial das autoras, este recurso contribui não apenas para o aprimoramento do conhecimento profissional, mas também para o aperfeiçoamento das habilidades necessárias para proporcionar conforto, dignidade e qualidade de vida aos pacientes durante todo o curso de vida. Assim, desejamos que este e-book se destaque como uma fonte de apoio e orientação para profissionais de saúde dedicados a oferecer cuidados holísticos, compreensivos e compassivos à pessoa idosa com doença oncológica.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 41, de 31 de outubro de 2018 - Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: Brasília, 23 nov. 2018. Edição 225. Seção 1, p. 276.

FREIRE, M. E. M.; COSTA, S. F. G. da; LIMA, R. A. G. de; SAWADA, N. O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Texto contexto - enferm.*, 2018, v. 27, n. 2, e5420016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07020180005420016> .

KNAUL, F. M., et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*, 2018, v. 391, n. 10128, p. 1391–1454.

MACHADO, D. G. S. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200023> .

MANUAL DE CPs - Manual de Cuidados Paliativos. Maria Perez Soares D’Alessandro (ed.) ... [et al.]. – 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. 424 p.

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Tratamento adequado para pacientes idosos ainda é insuficiente no Brasil. 2014.

Disponível em:

<https://sbgg.org.br/sbgg-esclarece-papel-dos-cuidados-paliativos-em-idosos-com-cancer/#:~:text=Os%20cuidados%20paliativos%20buscam%20dar,o%20tempo%20que%20lhes%20resta> . Acesso em: 11 abr. 2024.

WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment (The WHOQOL Group): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308> . Acesso em: 05 abr. 2024.

WHPCA - Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care. London: WPCCH e WHO, 2020. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3) . Acesso em: 05 abr. 2024.

CAPÍTULO I

DOENÇAS ONCOLÓGICAS EM IDOSOS

Ariane Graciotto

Michele M. M. Schmitt

1 INTRODUÇÃO

Em 2022, dados do censo demográfico brasileiro revelaram que pessoas com 65 anos ou mais representavam 10,9% da população (22.169.10), um aumento de 57,4% em comparação com dados de 2010 (7,4%; 14.081.477), indicando um franco envelhecimento populacional no país (BRASIL, 2023). No entanto, é importante destacar que a porcentagem de idosos é ainda maior, uma vez que em países subdesenvolvidos, como o Brasil, considera-se como idosa a população a partir de 60 anos de idade (SERAFIM et al., 2023).

Ainda, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a previsão para 2050 é de 66,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade (BRASIL, 2023). Este dado evidencia maior expectativa de vida e, portanto, novos desafios atrelados à ampliação da população idosa, maior incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e oferta de cuidados para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

As DCNT respondem por cerca de 70% das mortes no mundo, e o câncer está entre as causas mais prevalentes, especialmente no sexo masculino (OMS, 2020). O câncer compreende mais de 100 doenças malignas caracterizadas pelo crescimento desordenado de células capazes de invadir órgãos e tecidos adjacentes ou distantes, formando metástases (INCA, 2022a). Sua origem é uma mutação genética que altera o DNA da célula, resultando na alteração das informações para o seu funcionamento, esse processo, denominado carcinogênese ou oncogênese, geralmente ocorre de forma lenta e pode surgir em qualquer parte do corpo (INCA, 2022a).

Segundo as estatísticas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), é possível estabelecer uma relação entre envelhecimento e/ou idade adulta e o aumento do risco de câncer. O desenvolvimento do câncer está associado a uma variedade de fatores de risco, que podem ser influenciados por diferentes aspectos. Estes incluem elementos do ambiente físico, como exposição a substâncias tóxicas e/ou carcinogênicas, bem como predisposição genética, que pode ser transmitida por hereditariedade. Além disso, certos comportamentos, hábitos e estilos de vida, como o consumo excessivo de álcool, dieta rica em alimentos ultraprocessados e carnes processadas e vermelhas, além da falta de atividade física, aumentam o risco para o desenvolvimento de DCNT, dentre as quais o câncer. Outros fatores, como a exposição à radiação, infecções crônicas e a escolha de não amamentar, também

podem contribuir para o risco de desenvolvimento da doença (INCA, 2022b).

A prevalência de tumores malignos na população excede 60%, sendo responsável por 70% das mortes de idosos com idades entre 60 e 79 anos. Globalmente, essas lesões são consideradas problemas de saúde pública, uma vez que a cada 7 mortes, 1 é atribuída ao câncer, superando o impacto do HIV, tuberculose e malária combinados (SBGG, 2020).

Neste sentido, autores estimaram que até 2025 a carga do câncer aumentará em 50% entre os idosos, decorrente do envelhecimento populacional e da maior exposição a fatores de risco modificáveis, como o estilo de vida, e agravado por DCNT concomitantes, que podem dificultar o tratamento oncológico nessa faixa etária (FRANCISCO et al., 2020).

Os tipos mais comuns de câncer em idosos, de acordo com análises dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, incluem próstata (52,4%) e câncer de pele (13,9%) em homens, e câncer de mama (46,9%) e câncer de pele (17,3%) em mulheres (FRANCISCO et al., 2020).

Diante desse panorama preocupante, torna-se evidente a necessidade de um entendimento mais aprofundado sobre os principais tipos de câncer que afetam a população idosa. A seguir, serão detalhadas informações sobre essas formas específicas da doença, visando uma compreensão mais ampla e a implementação de medidas eficazes de prevenção e tratamento.

1.1 Câncer de Pele

O câncer de pele é oriundo do crescimento anormal e desorganizado das células da pele, que se dispõem em camadas, e conforme as que forem afetadas, são definidos os tipos de câncer (SBD, 2021). O câncer de pele é uma das formas mais comuns de câncer, independentemente do sexo, e pode ser dividido em duas categorias principais: melanoma e não-melanoma.

O melanoma é o tipo mais grave de câncer de pele. Ele se origina nos melanócitos, que são as células responsáveis pela produção de melanina, o pigmento que dá cor à pele. O melanoma pode se desenvolver em qualquer parte do corpo, mas é mais comum em áreas expostas ao sol, como rosto, pescoço, braços e pernas. Este tipo de

câncer de pele é conhecido por sua capacidade de se espalhar rapidamente para outros órgãos se não for detectado e tratado precocemente. Os sinais de melanoma incluem mudanças na aparência de manchas ou pintas na pele, como alteração na cor, forma ou tamanho, ou o surgimento de uma nova mancha que coça, sangra ou forma crostas (SERAFIM et al., 2023).

O câncer de pele não-melanoma é mais comum e menos agressivo que o melanoma, embora possa causar danos significativos se não for tratado (SERAFIM et al., 2023). No Brasil, representa aproximadamente 30% de todos os tumores malignos (INCA, 2022c). E se subdivide principalmente em: Carcinoma basocelular (CBC) e Carcinoma espinocelular (CEC).

O CBC é o tipo mais frequente (80%) de câncer de pele não-melanoma. Ele se desenvolve nas células basais, que estão localizadas na camada mais profunda da epiderme. Este tipo de câncer cresce lentamente e raramente se espalha para outras partes do corpo (metástase). No entanto, pode invadir e danificar tecidos locais, especialmente se não for tratado. Os sinais de CBC incluem lesões na pele que podem parecer feridas abertas, manchas avermelhadas, caroços brilhantes, nódulos ou cicatrizes cerosas (SBD, 2021; INCA, 2022c). Os estudos apontam que o CBC é o de maior frequência em idosos (GUARANI et al., 2021).

O CEC se origina nas células escamosas, que compõem a maior parte das camadas superiores da pele. Este tipo de câncer pode crescer mais rapidamente que o CBC e tem uma maior probabilidade de se espalhar para outros órgãos, embora ainda seja menos agressivo que o melanoma. Os sinais de CEC incluem lesões que podem parecer verrugas, feridas abertas que não cicatrizam, manchas escamosas ou crostosas, e nódulos que podem sangrar ou formar crostas (INCA, 2022c).

A etiologia é multifatorial, sendo que os riscos para desenvolver o câncer de pele estão aumentados em pessoas de pele clara, com mais idade (à medida que se envelhece maior a exposição), histórico familiar (genética e exposição aos mesmos fatores), tabagismo, exposição à luz solar contínua e excessiva (pelo seu efeito cumulativo de raios ultravioleta - UV), radiação ionizante, exposição a agrotóxicos, diminuição da camada de ozônio, dermatoses de origem genética e imunossupressão (CARNEIRO et al., 2024; GARANI et al., 2021; SERAFIM et al., 2023; INCA, 2022c).

A detecção precoce e o tratamento adequado de qualquer tipo de câncer de pele são fundamentais para prevenir complicações e garantir melhores resultados de tratamento. A prevenção inclui proteção contra

a exposição excessiva ao sol e a realização de exames regulares da pele para identificar quaisquer alterações suspeitas e procurar avaliação clínica o mais breve possível (CARNEIRO et al., 2024; GARANI et al., 2021).

O tratamento padrão do câncer de pele não-melanoma é a cirurgia, com ressecção das margens do tumor, criocirurgia com nitrogênio líquido, terapia fotodinâmica, imunoterapia tópica e radioterapia (INCA, 2022c).

O rastreamento em uma população específica também é uma estratégia para detecção precoce (INCA, 2022c). A fotoproteção e autocuidado são medidas essenciais preventivas (GARANI et al., 2021). A enfermagem, portanto, tem papel fundamental na promoção da saúde, prevenção e tratamento dessa patologia nos espaços de cuidado, envolvendo o idoso e a família (SERAFIM et al., 2023).

1.2 Câncer de Mama

A neoplasia de mama é um tumor gerado a partir do crescimento desordenado do número de células nas mamas, o qual pode ser categorizado como benigno ou maligno, sendo este último chamado câncer de mama. O tipo maligno é conhecido como câncer de mama, e é o mais incidente entre as mulheres em grande parte do mundo (INCA, 2019).

No câncer de mama, as células malignas podem se espalhar para outras partes do corpo, atingindo os gânglios linfáticos ou órgãos distantes, através do sistema linfático e circulatório, respectivamente, em um processo chamado de metástase. Essa capacidade de metastização aumenta a gravidade da doença e dificulta o tratamento.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), em pesquisa realizada com dados do ano de 2018, mostra que o câncer de mama é o mais incidente entre as idosas, correspondendo a 29,7% dos casos, seguido do câncer de cólon e reto (9,2%) e do câncer de colo do útero (7,5%) (INCA, 2019).

Dentro desse contexto, é relevante destacar um fenômeno notável no perfil demográfico da população brasileira, conhecido como a "feminização da velhice". Esse fenômeno refere-se ao aumento significativo da proporção de mulheres em faixas etárias mais avançadas, em comparação com os homens, resultando em uma maior expectativa de vida do sexo feminino. Vários fatores contribuem para essa disparidade, incluindo diferenças nos padrões de consumo de

álcool e tabaco, com as mulheres geralmente apresentando taxas mais baixas de consumo dessas substâncias em comparação com os homens (ROMERO, 2023).

Além disso, as mulheres tendem a adotar atitudes diferentes em relação à saúde e às patologias, buscando mais frequentemente cuidados médicos preventivos e adotando hábitos de vida mais saudáveis. Essa abordagem proativa em relação à saúde pode contribuir para uma melhor qualidade de vida e para aumento da expectativa de vida desta população (ROMERO, 2023).

Portanto, a "feminização da velhice" no Brasil reflete não apenas mudanças demográficas, mas também diferenças de gênero em relação aos comportamentos de saúde e aos fatores de risco associados ao envelhecimento e ao desenvolvimento de DCNT. Essa compreensão mais ampla é crucial para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde que abordem de forma eficaz às necessidades específicas das mulheres idosas e contribuam para promover um envelhecimento saudável e com qualidade de vida para toda a população.

Essas mulheres idosas, devido à sua experiência e conhecimento adquiridos ao longo da vida, estão mais conscientes dos sinais e sintomas de várias doenças, incluindo o câncer de mama. No entanto, apesar desse conhecimento, o câncer de mama continua sendo uma das principais causas de mortalidade entre a população feminina idosa. Portanto, é fundamental implementar medidas que priorizem o diagnóstico precoce do câncer de mama nesse grupo específico, destacando a importância das práticas preventivas, de maneira a combater a doença e ampliar as chances para promover a cura (CARVALHO, 2009).

Conforme o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2024a), os principais fatores de risco para o câncer de mama incluem:

- Idade: o risco de desenvolver câncer de mama aumenta com a idade, sendo mais comum em mulheres acima dos 50 anos.
- Histórico familiar e genético: mulheres com parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) que tiveram câncer de mama têm um risco maior de desenvolver a doença. Além disso, certas mutações genéticas, como as dos genes BRCA1 e BRCA2, aumentam significativamente o risco.
- Exposição a hormônios: mulheres expostas a altos níveis de hormônios, seja por uso prolongado de terapia de reposição hormonal após a menopausa, uso de contraceptivos hormonais por longos períodos ou início precoce da menstruação e menopausa tardia, têm um risco aumentado.

- Obesidade e estilo de vida: a obesidade, principalmente após a menopausa, está associada a um maior risco de desenvolver câncer de mama. Além disso, há evidências de que o consumo excessivo de álcool, uma dieta rica em gorduras saturadas e falta de atividade física também aumentam o risco.
- Exposição à radiação: a exposição à radiação ionizante, como tratamentos de radioterapia na região do tórax durante a infância ou adolescência, aumenta o risco de câncer de mama.
- História reprodutiva: mulheres que tiveram sua primeira menstruação antes dos 12 anos, não tiveram filhos ou tiveram o primeiro filho após os 30 anos, ou entraram na menopausa após os 55 anos têm um risco aumentado.

É importante ressaltar que a presença de um ou mais desses fatores de risco não significa necessariamente que uma pessoa desenvolverá câncer de mama, mas sim que o risco é aumentado. A conscientização sobre esses fatores e a adoção de medidas preventivas, como a realização de exames de rotina e a adoção de um estilo de vida saudável, são fundamentais na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de mama.

Neste sentido, a prevenção do câncer de mama é abordada de duas maneiras principais: primária e secundária. Na prevenção primária, o foco está em modificar ou eliminar os fatores de risco associados a essa neoplasia, visando reduzir a incidência da doença. Isso envolve a promoção de hábitos de vida saudáveis: dieta balanceada, prática regular de atividade física, redução do consumo de álcool e abandono do tabagismo. Além disso, a conscientização sobre a importância da amamentação, a adoção de medidas de segurança no ambiente de trabalho para minimizar a exposição a substâncias cancerígenas e a promoção de políticas de saúde que incentivem o acesso equitativo a cuidados de saúde são estratégias cruciais na prevenção primária do câncer de mama (BRASIL, 2024a).

Por outro lado, a prevenção secundária compreende o diagnóstico precoce e o tratamento adequado do câncer de mama. Isso inclui a realização de exames de rastreamento, como a mamografia e o autoexame das mamas, que permitem a detecção precoce de alterações suspeitas e a intervenção oportuna (BRASIL, 2024a). Programas de rastreamento populacional, que visam identificar o câncer de mama em estágios iniciais, quando as chances de cura são maiores, desempenham um papel fundamental na prevenção secundária. Além de possibilitar intervenções menos invasivas e aumentar a sobrevida

das pacientes. Para isto, o acesso a serviços de saúde de qualidade, que oferecem diagnóstico e tratamento adequados, é essencial para garantir melhores resultados no enfrentamento do câncer de mama e promover uma melhor qualidade de vida para as mulheres.

1.3 Câncer de Próstata

O câncer de próstata constitui um problema significativo de saúde pública, sendo o segundo tipo de câncer mais prevalente entre a população masculina, superado apenas pelo câncer de pele não melanoma. A elevada prevalência desse tipo de câncer está associada a aspectos culturais relacionados à masculinidade, como o medo, o machismo e a percepção de perda de virilidade, que frequentemente levam os homens a minimizar medidas preventivas e adiar a busca por atendimento na vigência de sinais e sintomas. Esse adiamento contribui para diagnósticos em estágios mais avançados da doença, o que impacta em maior gravidade e pior prognóstico, reduzindo as chances de tratamento bem-sucedido e resultando em uma maior incidência e mortalidade na população masculina e idosa (KRÜGER, 2018).

Os sintomas do câncer de próstata variam conforme a fase da doença. Na fase inicial, o câncer de próstata pode ser assintomático, apresentando poucos ou nenhum sintoma (BRASIL, 2024b). Em fases mais avançadas, os sintomas mais comuns são:

- Dificuldade para urinar.
- Demora para começar e terminar de urinar.
- Presença de sangue na urina.
- Diminuição da força do jato de urina.
- Necessidade de urinar com mais frequência, especialmente durante a noite.

Sinais e sintomas do câncer de próstata, especialmente em estágios mais avançados, destacam a importância crucial de exames regulares para a detecção precoce da doença (BRASIL, 2024b). Dentre os principais exames, evidenciam-se:

- Exame de toque retal: durante este exame, o médico avalia o tamanho, a forma e a textura da próstata. Para isso, ele introduz um dedo protegido por uma luva lubrificada no reto do paciente.

Este exame é fundamental para identificar anomalias que possam sugerir a presença de câncer (BRASIL, 2024b).

- **Exame de PSA (Antígeno Prostático Específico):** este é um exame de sangue que mede a quantidade de PSA, uma proteína produzida pela próstata. Níveis elevados de PSA no sangue podem indicar a presença de câncer de próstata, mas também podem ser causados por outras condições, como prostatite ou hiperplasia prostática benigna (HPB). Portanto, os resultados do PSA são usados em conjunto com exame de toque e biópsia, para diagnosticar a doença (BRASIL, 2024b).
- **Biópsia de próstata:** este exame é realizado para confirmar a presença de câncer. Se alguma alteração é detectada no exame de PSA ou no toque retal, o médico pode recomendar uma biópsia. Durante a biópsia, pequenos fragmentos de tecido da próstata são retirados com uma agulha fina para serem analisados em um laboratório. A análise microscópica desses tecidos permite confirmar se as células são cancerosas e, em caso afirmativo, determinar o grau do câncer (BRASIL, 2024b).

A detecção precoce do câncer de próstata aumenta significativamente as chances de tratamento bem-sucedido e cura, ressaltando a importância de exames regulares, especialmente para homens a partir dos 50 anos ou mais jovens, se houver histórico familiar da doença (Ministério da Saúde).

1.4 Câncer de Intestino

O câncer de intestino, também conhecido como câncer colorretal (CCR), engloba os tumores originados no cólon (parte do intestino grosso) e no reto (segmento final do intestino, localizado imediatamente antes do ânus), sendo que a maioria se desenvolve a partir de pólipos, lesões benignas encontradas na parede interna do intestino grosso (INCA, 2022d).

O CCR ocorre por mutações nas células do epitélio intestinal, com caráter proliferativo, originando pólipos adenomatosos benignos, que

podem evoluir para tumores malignos em cerca de 10 anos (Bremer et al, 2020). No mundo, é o terceiro tipo de câncer mais comum, sendo aproximadamente três vezes mais frequente em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento. A maior incidência do CCR em países desenvolvidos se deve a uma combinação de fatores, incluindo estilo de vida, dieta, acesso a serviços de saúde e fatores genéticos (LIMA, VILLELA, 2021).

No Brasil, a estimativa de casos novos é de 45.630, dos quais 21.970 em homens e 23.660 em mulheres (INCA, 2022). Um estudo brasileiro destacou que 57,3% dos casos de câncer no cólon e 56,9% de câncer retal ocorreram em pessoas com mais de 60 anos (LIMA, VILLELA, 2021).

O câncer de intestino está intimamente ligado aos hábitos alimentares, nutrição e atividade física. O acúmulo de gordura corporal, por exemplo, aumenta os níveis de insulina, estimulando o crescimento celular e inibindo o processo de apoptose, além de causar inflamação crônica no organismo. O consumo de carnes processadas, especialmente quando preparadas em altas temperaturas, pode gerar compostos potencialmente carcinogênicos, como aminas heterocíclicas e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, especialmente em indivíduos com predisposição genética. Ainda, o excesso de carne vermelha pode levar à formação de compostos citotóxicos, como compostos ferro-heme e compostos N-nitrosos, durante a peroxidação lipídica. O consumo excessivo de álcool pode resultar na conversão de etanol em acetaldeído no organismo, que atua como agente carcinogênico (INCA, 2022d).

Além disso, o sedentarismo pode desequilibrar os níveis hormonais, aumentar marcadores inflamatórios e reduzir o tempo de trânsito gastrointestinal, aumentando a permanência de substâncias carcinogênicas na mucosa intestinal (INCA, 2022). Outros fatores de risco identificados para a doença incluem idade avançada (50 anos ou mais) e tabagismo (LIMA, VILLELA, 2021).

O câncer colorretal pode se manifestar através de diversos sintomas, tais como alterações nos hábitos intestinais, perda de peso inexplicável, presença de sangue nas fezes (melena ou hematoquesia), anemia, surgimento de uma massa abdominal palpável e dor ou desconforto abdominal (INCA, 2022d). Para investigar e detectar precocemente a doença, exames como o teste de sangue oculto nas fezes, colonoscopia e retossigmoidoscopia são fundamentais (SILVA et al., 2021). Esses métodos permitem identificar lesões precoces, pólipos ou tumores malignos, possibilitando um tratamento mais eficaz e aumentando as chances de cura.

O tratamento do câncer colorretal é individualizado e depende do estadiamento da doença, ou seja, de quão avançado o câncer está e se houve disseminação para outras partes do corpo (INCA, 2022d). Em geral, o tratamento pode envolver uma combinação de abordagens terapêuticas, incluindo:

- Cirurgia: a ressecção endoscópica é uma opção para tumores pequenos e superficiais, enquanto a colectomia, que envolve a remoção de parte do cólon afetado, é realizada em casos mais avançados. A linfadenectomia, que é a remoção dos gânglios linfáticos próximos ao tumor, também pode ser realizada para avaliar a extensão do câncer. Tanto a cirurgia convencional quanto a laparoscópica podem ser utilizadas, esta última sendo menos invasiva e associada a uma recuperação mais rápida (INCA, 2022d).
- Quimioterapia adjuvante: após a cirurgia, a quimioterapia adjuvante pode ser administrada para reduzir o risco de recorrência do câncer, especialmente em casos de tumores de estágio mais avançado ou que apresentam alto risco de disseminação (INCA, 2022d).
- Radioterapia adjuvante: em alguns casos, a radioterapia adjuvante pode ser recomendada para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia, tornando-a mais bem-sucedida, ou para destruir células cancerosas remanescentes após a cirurgia (INCA, 2022d).

Além dessas modalidades de tratamento, outras opções terapêuticas podem ser consideradas, como terapia-alvo e imunoterapia, dependendo das características específicas do tumor e da resposta do paciente ao tratamento. O objetivo principal do tratamento é a remissão e cura do câncer, quando possível, ou controlar a doença e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Contudo, uma investigação recente ressaltou que indivíduos com idade superior a 60 anos frequentemente iniciam a terapia para o câncer colorretal de forma tardia, devido a atrasos na detecção da doença. Essa demora pode ser atribuída a uma série de fatores, entre os quais se destacam os déficits cognitivos, que podem dificultar o reconhecimento dos sintomas e a busca por cuidados médicos adequados. A presença de quadros de depressão também pode

influenciar negativamente no reconhecimento precoce da doença, levando a uma menor procura por assistência médica. Além disso, a desnutrição e as limitações funcionais, que são mais prevalentes em idosos, podem contribuir para a falta de autocuidado e para a negligência em relação aos sintomas do câncer colorretal (LIMA, VILLELA, 2021). Esses fatores em conjunto ressaltam a importância de estratégias específicas de conscientização e educação para a população idosa, visando a detecção precoce e o tratamento eficaz do câncer colorretal.

Considerando o câncer colorretal como uma enfermidade de elevada morbidade e mortalidade, é essencial reconhecer que ela pode acarretar sofrimento físico e psicológico tanto para os pacientes quanto para seus familiares e cuidadores. Nesse sentido, a atuação de profissionais de enfermagem desempenha um papel crucial, proporcionando um ambiente de acolhimento e oferecendo suporte emocional. O compartilhamento de experiências entre os indivíduos afetados e a inclusão em redes de apoio sociais e físicas também se mostram fundamentais para o enfrentamento eficaz da doença. Além disso, é importante ressaltar que a orientação sobre medidas preventivas possui um caráter primordial na promoção da saúde e na prevenção do câncer colorretal (SILVA et al., 2021).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Câncer de Mama. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-d-e-mama> . Acesso em: 21 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Câncer de Próstata. 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-d-e-prostata> . Acesso em: 21 abr. 2024.

BRASIL. Secretaria da Comunicação Social. Censo: número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos> . Acesso em: 15 abr. 2024.

BREMER, F. P.; CZECZKO, N. G.; COLLAÇO, L. M. et al. Are CDX2, Beta-Catenin and WNT immunomarkers useful for evaluating the chance of disease progression or evolution to death in patients with colorectal cancer? ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 33, n. 3, p. e1534, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-672020200003e1534> .

CARNEIRO, G. A.; AMORIM, T. C. C.; SILVA, P. F. C. da; et al. A relevância do diagnóstico precoce do câncer de pele na população de meia idade e idosos: revisão de escopo. Research, Society and Development, v. 13, n. 1, p. e2913144691, 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/44691> . Acesso em: 15 abr. 2024.

CARVALHO, C.M.R.; BRITO, C.M.S.; NERY, I.S.; FIGUEIREDO, M.L.F. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. Rev. Bras. Enferm., v. 62, n. 4, ago. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400014> .

FRANCISCO, P.M.S.B.; FRIESTINO, J.K.O.; FERRAZ, R. de O.; et al. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rev. bras. geriatr. gerontol., v. 23, n. 2, p. e200023, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200023> .

GARANI, R.; OLIVEIRA, D.V.; SERVIUC, S.A.D.M.; et al. Fatores associados ao câncer de pele em indivíduos de meia idade e idosos. Revista Saúde (Sta. Maria), v. 47, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/63774/46407> . Acesso em: 15 abr. 2024.

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. O que é câncer? Rio de Janeiro, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer> . Acesso em: 15 abr. 2024.

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Causas e prevenção do câncer. Rio de Janeiro, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer> . Acesso em: 15 abr. 2024.

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de pele não melanoma. Rio de Janeiro, 2022c. Disponível em:

<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pele-nao-melanoma> . Acesso em: 18 abr. 2024.

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de intestino. Rio de Janeiro, 2022d. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/intestino> . Acesso em: 18 abr. 2024.

KRÜGER, F.P.G.; CAVALCANTI, G. Conhecimento e atitudes sobre o câncer de próstata no Brasil: revisão integrativa. Rev. Bras. Cancerol., v. 64, n. 4, p. 561-567, 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/206> . Acesso em: 20 abr. 2024.

LIMA, M.A.N.; VILLELA, D.A.M. Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao tempo para o início do tratamento de câncer de cólon e reto no Brasil, 2006-2015. Cad. Saúde Pública, v. 37, n. 5, p. e00214919, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00214919>.

SBD - Sociedade Brasileira de Dermatologia. Câncer de Pele. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/cancer-da-pele/> . Acesso em: 15 abr. 2024.

SERAFIM, A.I.S.; MANIVA, S.J.C. de F.; CAMPOS, R.K.G.G.; et al. Factors associated with older adults' knowledge, attitude and practice on skin cancer prevention. Rev. Bras. Enferm., v. 76, n. 3, p. e20220606, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0606>.

SILVA, A.L.C.; SILVA, L.J. da; OLIVEIRA, A.S.; OLIVEIRA, R.L. de; RAMOS, L.G. de A. Nursing care for colorectal cancer patients. Research, Society and Development, v. 10, n. 9, p. e46910918281, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18281> . Acesso em: 18 abr. 2024.

CAPÍTULO II

CUIDADOS PALIATIVOS: aspectos gerais

Carina Cadorin

Mariane Dresch

2 INTRODUÇÃO

Os CPs são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes que sofrem de doenças incuráveis e progressivas. Bem como, oferecer suporte às famílias, por meio da prevenção e tratamento da dor, alívio do sofrimento e minimização de efeitos indesejados devido a desordem física, psicossocial e espiritual secundárias à doença (WHO, 2002).

Antes mesmo da OMS estabelecer os CPs como a linha de cuidado que propicia a qualidade de vida, independentemente do tempo restante para pacientes com doenças sem possibilidades terapêuticas curativas, a inglesa Dame Cicely Mary Saunders, enfermeira, assistente social e médica, deu visibilidade ao CP. Saunders começou seu trabalho no campo dos CPs na década de 1940, e mesmo após sua morte, em 2005, segue inspirando profissionais de saúde em todo o mundo acerca deste tema (Polito, 2023).

O primeiro serviço de cuidado integral ao doente foi chamado de St. Christopher 's Hospice, fundado por Saunders em 1967, e deu início ao que se chama hoje “Movimento ‘Hospice’ Moderno”. A estrutura do St. Christopher oferecia um espaço onde os cuidados físicos, emocionais e espirituais fossem integrados para a assistência a pacientes com doenças incuráveis. E, tornou-se um modelo global de atendimento, combinando tratamento de ponta para o alívio da dor e outros sintomas com pesquisa e educação para profissionais de saúde, recebendo bolsistas de vários países para expandir esta forma de cuidado. A visão de Saunders e seu trabalho no St. Christopher 's Hospice estabeleceram as bases para a prática moderna dos CPs, influenciando inúmeras outras instituições e profissionais ao redor do mundo (Polito, 2023; Tarcia, 2018).

No início da década de 1970, o encontro de Cicely Saunders com a psiquiatra norte-americana Elizabeth Kluber-Ross, nos Estados Unidos, fez crescer o movimento ‘Hospice’. Em 1982 o Comitê de Câncer da OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo ‘Hospice’ para pacientes com câncer, e que fossem recomendados em todos os países. Devido à dificuldade de tradução adequada do termo ‘Hospice’ para alguns idiomas, e oportunamente ao uso canadense do termo ‘Palliative Care’, com a mesma intenção, este passou a ser adotado pela OMS. Sendo traduzido para o português como ‘Cuidados Paliativos (CPs)’ (Tarcia, 2018).

Neste sentido, as doenças crônicas, de prognóstico progressivo e incurável, principais causas de incapacidade funcional e sofrimento no fim de vida, principalmente em idosos, dentre as quais evidencia-se a doença oncológica, ou câncer, são passíveis de CPs. Há de se considerar que, no Brasil, o câncer é detectado em estadiamento tardio ou avançado, com incidências crescentes, causando incapacidades variadas para os pacientes, tendo como consequência o aumento da demanda de CP pelos sistemas de saúde (Mendes e Vasconcellos, 2015; Wolff et al, 2021).

Atualmente, cada vez mais pessoas morrem devido às consequências das doenças crônicas, aumentando o número de pacientes em estado terminal em hospitais e domicílios. Dessa forma, os CP destacam-se como sendo essenciais nos sistemas de saúde, com enfoque na assistência de suporte para controle dos sintomas e na melhora da qualidade de vida dos pacientes (Silva et al, 2020).

Em 2018, no Brasil, os CP foram declarados como política pública no Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecidos como parte dos cuidados continuados e integrados desde o diagnóstico da doença incurável até assistência à família após o óbito (Santos, 2020). Estima-se que no país cerca de 650 mil pessoas, a cada ano, necessitem de CP, e 80% desse número corresponda a pacientes com câncer (Mendes e Vasconcellos, 2015). Entre esses, uma parcela significativa é composta por idosos.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa no Brasil tem crescido rapidamente, com projeções indicando que, até 2030, o número de pessoas com 60 anos ou mais ultrapassará 41,5 milhões. Essa faixa etária é particularmente vulnerável a doenças crônicas e câncer, aumentando significativamente a demanda por CPs. Estima-se que, atualmente, aproximadamente 70% dos pacientes que necessitam de CPs são idosos, refletindo a maior incidência de doenças crônicas e a complexidade do tratamento requerido por essa população.

Segundo a OMS, uma a cada dez pessoas necessitam de CP e esse número poderá dobrar em 2060, à medida que a população envelhece e, proporcionalmente, aumenta a incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Contudo, na maioria dos países, assim como no Brasil, os CP podem ser considerados incipientes devido a recursos limitados, desconhecimento e falta de qualificação de profissionais da saúde, falta de conscientização da população e falta de financiamento para implementação dos CPs. Ademais, as culturas e

crenças em torno da morte e do morrer acabam por influenciar negativamente na aceitação dos CP (Polito, 2023; Santos, 2020).

É importante enfatizar que os CPs são caracterizados por uma abordagem multidisciplinar, ou seja, envolve uma equipe de profissionais de diversas áreas trabalhando em conjunto para atender de forma holística às necessidades complexas dos pacientes e suas famílias. Essa equipe, geralmente, conta com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e capelães, entre outros. Cada membro da equipe contribui com sua expertise específica para abordar os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais do cuidado. Essa colaboração é essencial para proporcionar um suporte abrangente, aliviando a dor e outros sintomas, oferecendo suporte emocional e espiritual, e melhorando a qualidade de vida dos pacientes com doenças incuráveis e progressivas (Brasil, 2023).

Especificamente, o cuidado físico prestado por profissionais da saúde, incluindo a enfermagem, deve ser direcionado à promoção da qualidade de vida do paciente, proporcionando conforto, preservando a autonomia física sempre que possível e oferecendo suporte e orientações emocionais e espirituais sobre o processo de morte, estágios e evolução da doença. Particularmente, os CPs também têm como objetivo integrar, acolher e oferecer suporte à família do paciente, reconhecendo que a rede de apoio é fundamental no cuidado ao paciente, especialmente para aqueles em fase terminal (Silva et al, 2020).

Considera-se que os CPs para idosos são especialmente importantes, devido à alta prevalência de doenças crônicas e incuráveis nessa faixa etária. Os idosos, frequentemente, enfrentam múltiplas condições de saúde que afetam negativamente sua qualidade de vida, como câncer, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares, demências e outras doenças degenerativas. A abordagem paliativa aos idosos foca no alívio da dor e dos sintomas, no suporte emocional e psicológico, e na assistência social e espiritual. Bem como, envolvimento e participação ativa da família e dos cuidadores, garantindo que as preferências e valores do idoso sejam respeitados com sensibilidade e bom senso. Esse cuidado holístico visa não apenas prolongar a vida, mas, sobretudo, melhorar sua qualidade, proporcionando conforto e dignidade ao paciente em sua jornada final.

2.1 Indicações para Cuidados Paliativos

A escolha por iniciar os CPs baseia-se em critérios que envolvem o prognóstico de vida, o nível de sofrimento, as possibilidades terapêuticas e a preservação da dignidade do paciente. A Portaria 874/2013 do Ministério da Saúde estabelece que a instituição dos CP pode ser realizada em todas as esferas de atenção à saúde, abrangendo os diferentes níveis de complexidade dos serviços. Esta portaria garante que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) — integralidade, equidade e universalidade — sejam respeitados, assegurando que todos os pacientes tenham direito a um atendimento integral e humanizado, independentemente de sua condição clínica ou social. Além disso, a portaria enfatiza a importância de uma abordagem interdisciplinar, envolvendo equipes multiprofissionais para oferecer um cuidado holístico e centrado nas necessidades individuais do paciente e sua família (Mendes e Vasconcellos, 2015).

A OMS define que a determinação da aplicação dos CP, apresenta como finalidade maior a priorização do conforto ao paciente. A terapêutica é baseada na promoção de ações de alívio para dores emocionais e psicossociais, além de proporcionar ao paciente o manejo adequado da dor física e melhorar sua qualidade de vida como um todo (Polito, 2023).

Uma das principais indicações para implementação dos CPs é o consenso sobre a ausência de opções terapêuticas capazes de recuperar ou prolongar significativamente a vida do paciente. Sendo, portanto, direcionados a pacientes sem perspectiva de tratamento curativo, que frequentemente enfrentam dor e outros sintomas debilitantes. Esse tipo de cuidado é especialmente relevante quando o tempo de vida do paciente pode ser limitado e pré-determinado. A ênfase dos CPs está em aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida, proporcionando conforto e suporte abrangente em todos os aspectos fisiopatológicos (ACNP, 2012; Nogueira et al., 2021).

Durante o processo de fim de vida, sentimentos de angústia e sofrimento acometem tanto os pacientes quanto seus familiares. Esse fenômeno é especialmente pronunciado em pessoas com doenças neoplásicas, onde a dor vai além do físico e afeta profundamente as esferas espiritual, social e psicológica. Uma abordagem sempre válida e eficaz é integrar os CPs ao tratamento convencional do paciente. Essa integração visa proporcionar uma assistência mais humanizada e

individualizada, atendendo às reais necessidades do doente, facilitando a rotina diária e agregando em qualidade de vida (Silva Filho, 2023).

A enfermagem, neste contexto, desempenha um papel crucial em todos os âmbitos do cuidado, proporcionando condições propícias para o conforto do paciente por meio de cuidados básicos e específicos, considerando os aspectos fisiopatológicos. A humanização proporcionada pela enfermagem é fundamental na prática dos CPs. A humanização envolve tratar o paciente como um ser integral, reconhecendo sua dignidade e promovendo o respeito, empatia e compaixão em cada interação.

Os CPs compreendem diferentes etapas, incluindo a identificação precoce das necessidades, o manejo de sintomas, o suporte emocional e espiritual e o acompanhamento no final da vida. Para tanto, é necessário planejar o cuidado de forma individualizada, levando em conta anseios, desejos e vontades dos pacientes, bem como condições socioeconômicas e clínicas do paciente, a fim de oferecer um tratamento factível e eficaz (Silva et al., 2020). A humanização na enfermagem inclui a comunicação efetiva, onde o enfermeiro escuta atentamente e responde às preocupações e dúvidas do paciente e de seus familiares. Além disso, a humanização envolve a criação de um ambiente acolhedor e seguro, minimizando o estresse e a ansiedade do paciente.

Os enfermeiros também desempenham um papel vital no suporte emocional e psicológico, ajudando os pacientes a lidar com o medo, a ansiedade e a depressão que podem surgir durante o processo de fim de vida, sempre que possível em conjunto com profissionais da psicologia. Este apoio espiritual, respeitando e facilitando as práticas e crenças religiosas do paciente, pode ser uma fonte significativa de conforto. A humanização, essencial ao paciente em qualquer uma das fases do CP, não apenas melhora a qualidade de vida do paciente, mas também proporciona um cuidado que valoriza a pessoa em sua totalidade, atendendo suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.

2.2 Fases do Cuidado Paliativo

Os CP lidam com o processo de morte como algo que faz parte da vida, ou seja, todas as intervenções são feitas para aliviar o sofrimento causado pela enfermidade, e de nenhuma forma para apressar o óbito. Assim, a implantação dos CPs, como qualquer outra terapia, tem seus

benefícios ampliados o quanto antes for iniciada (Mendes e Vasconcellos, 2015). Neste sentido, os CPs podem ser divididos em três fases distintas:

I. Fase Inicial

Na fase inicial dos CPs, há um prognóstico mais favorável, embora a doença seja considerada incurável. Neste estágio, os cuidados se concentram principalmente no controle dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida do paciente.

Os cuidados começam com o reconhecimento das necessidades específicas do paciente e a implementação de um plano de cuidados individualizado. Isso pode incluir o gerenciamento da dor, controle de sintomas, apoio emocional e espiritual, e referenciamento para serviços de saúde necessários.

É importante estabelecer uma relação de confiança entre a equipe de saúde, o paciente e sua família desde o início, para garantir uma comunicação aberta e uma abordagem centrada no paciente.

II. Fase Avançada

Na fase avançada dos CPs, o paciente está enfrentando a progressão da doença e o prognóstico é percebido como restrito. Os sintomas podem se tornar mais graves e difíceis de controlar, exigindo uma abordagem mais intensiva e multidisciplinar.

Nesse estágio, é essencial um acompanhamento integral por parte da equipe de saúde, que visa atender às demandas de conforto do paciente em todas as áreas: física, emocional, social e espiritual.

Além disso, a inclusão da família como parte integrante do processo é fundamental. A família desempenha um papel crucial no suporte emocional e prático ao paciente e na tomada de decisões sobre o seu cuidado.

III. Fase Terminal

A fase terminal dos CPs é caracterizada pelos últimos dias de vida da pessoa, também conhecidos como processo ativo de morte. Neste

estágio, o foco principal é proporcionar conforto e dignidade ao paciente durante o processo de morte.

Todos os esforços da equipe de saúde são direcionados para garantir o bem-estar do paciente, controlar os sintomas de forma eficaz e oferecer suporte emocional e espiritual tanto ao paciente quanto à sua família.

A comunicação aberta e compassiva é essencial neste momento, ajudando o paciente e sua família a compreenderem o que está acontecendo e a tomarem decisões informadas sobre os cuidados finais.

Essas três fases dos CPs representam uma abordagem abrangente e progressiva para atender às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente e de sua família ao longo do curso de uma doença avançada.

A presença e o papel do enfermeiro nos CPs são de suma importância ao longo de todo o processo. Por estar envolvida diretamente no cotidiano do paciente e, no contexto hospitalar, disponível à beira do leito 24 horas por dia, a enfermagem tem o privilégio de compreender as necessidades do paciente em profundidade. Isso facilita que os enfermeiros utilizem suas habilidades e conhecimentos para apoiar o paciente e sua família durante o processo de fim de vida, promovendo uma transição digna e respeitosa (Nogueira et al., 2021).

Um aspecto crucial dos CPs é o controle e manejo do sofrimento. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na avaliação da dor do paciente, na administração de medicamentos apropriados e na implementação de técnicas não farmacológicas para alívio da dor. Ao garantir que o paciente esteja o mais confortável possível, os enfermeiros contribuem significativamente para a qualidade de vida do paciente (Nogueira et al., 2021).

2.3 Controle e Manejo da Dor

Apesar dos avanços na área da saúde, o manejo da dor oncológica ainda representa um desafio significativo. O Brasil ocupa o segundo lugar, na América Latina, entre os países onde as pessoas com câncer relatam sentir mais dor. Contudo, 24% a 46% das pessoas com dor oncológica têm sua dor inadequadamente manejada (Santos, 2020). Fatores como acesso limitado a medicamentos analgésicos, barreiras financeiras, falta

de educação sobre o controle da dor e estigma em relação ao uso de opioides contribuem para a subutilização e inadequação do tratamento da dor entre os pacientes com câncer.

A dor na oncologia é complexa e pode ser classificada em nociceptiva (que pode ser subdividida em somática e visceral) e neuropática. Muitas vezes, os pacientes com câncer experimentam uma combinação de ambos os tipos de dor, conhecida como dor mista. Esta dor mista pode surgir devido a uma variedade de causas relacionadas ao câncer e seus tratamentos.

Para abordar eficazmente a dor mista, é necessário um manejo abrangente que engloba diversas modalidades de tratamento. Isso pode incluir o uso de medicamentos específicos para alívio da dor, terapias físicas como fisioterapia e exercícios, intervenções minimamente invasivas como bloqueios nervosos ou infiltrações, e apoio psicológico para ajudar os pacientes a lidar com o impacto emocional da dor e da doença.

Uma abordagem multimodal e integrada é frequentemente recomendada para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer, permitindo um controle mais eficaz da dor e uma maior funcionalidade no dia a dia. Essa abordagem não apenas visa aliviar o sofrimento físico, mas oferecer maior autonomia e cuidado holístico e centrado no paciente (Brasil, 2023).

O conceito de “Dor total”, criado por Cicely Saunders, é um conceito central nesses cuidados, referindo-se à dor em sua totalidade, não apenas física, mas também emocional, social e espiritual. Assim, os CPs visam tratar não apenas a dor física, mas também esses aspectos que contribuem para o sofrimento do paciente. Reforçando a importância de uma equipe interdisciplinar de profissionais de saúde para implementar abordagens integradas e multidisciplinares que abordem não apenas a dor física, mas também os aspectos emocionais, sociais e espirituais do sofrimento, proporcionando um cuidado holístico e compassivo ao paciente e sua família (ANCP, 2012; Santos, 2020; Brasil, 2023; Nogueira et al, 2021).

Inicialmente, é importante destacar a necessidade de educação continuada e treinamento para profissionais de saúde, promovendo compreensão quanto ao uso apropriado de analgésicos, especialmente opióides, na prática clínica, e, garantia de acesso a medicamentos e terapias eficazes para o controle da dor. Essas medidas podem desempenhar um papel fundamental em melhorar a qualidade de vida e

o bem-estar dos pacientes com câncer, garantindo que recebam o suporte e cuidado adequados ao longo de sua jornada de tratamento.

Para tanto, é fundamental que os profissionais envolvidos façam uma avaliação abrangente, objetivando identificar a natureza e causa da dor, relação com doença ou devido a efeitos do tratamento, intensidade, localização, fatores desencadeantes e atenuantes e impacto na rotina de vida do paciente. Estes são alguns pontos de atenção para personalizar o tratamento, adaptando-o para as necessidades individuais do paciente, considerando sua história clínica, tolerância a medicamentos, preferências e objetivos de cuidados (Cavalcante et al, 2023; Nogueira et al, 2021).

O acompanhamento contínuo, essencial para monitorar a resposta ao tratamento e ajustá-lo conforme necessário, otimiza o manejo adequado da dor e minimizam os efeitos colaterais. Devido às características peculiares das pessoas idosas, como maior fragilidade, presença de comorbidades, sensibilidade e interações medicamentosas, a integração dos CPs no controle e manejo da dor, faz-se ainda mais importante, proporcionando suporte e fundamentação à família e cuidadores, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e bem-estar. A inclusão da escuta terapêutica pode ser especialmente valiosa nesse processo, permitindo uma compreensão mais profunda das necessidades emocionais e psicológicas dos pacientes idosos (Cavalcante et al, 2023).

2.4 Comunicação Terapêutica

A escuta ativa, também conhecida como escuta terapêutica, é uma ferramenta fundamental nos CPs. Consideradas habilidades necessárias aos profissionais de saúde, tanto a comunicação efetiva, quanto a escuta, fazem parte do cuidado, tendo como finalidade essencial proporcionar ao paciente e sua família um cuidado humanizado e planejado para atender as demandas individuais (Santos, 2020; ANCP, 2012).

Essa abordagem de comunicação empática vai além dos procedimentos padronizados, proporcionando uma troca de informações vitais para o suporte emocional durante o processo de terminalidade. Amenizando sentimentos de medo, estresse, ansiedade e tantas outras emoções que acompanham o processo de terminalidade (ANCP, 2012).

Além disso, a escuta qualificada desempenha um papel crucial na gestão de possíveis conflitos. Ao estabelecer vínculos e promover a comunicação, a equipe de saúde pode adaptar os cuidados de acordo com as necessidades específicas do paciente, garantindo que suas preferências sejam respeitadas (Brasil, 2023). Visto que, no contexto dos CPs, as decisões de tratamento são orientadas pelo desejo do paciente, e a escuta ativa é uma ferramenta importante para humanizar esse processo. Os enfermeiros desempenham um papel central no gerenciamento do cuidado, mediando a comunicação entre a equipe multidisciplinar a fim de garantir que o paciente seja tratado de forma integral e compassiva (ANCP, 2012; Nogueira et al., 2021).

Em se tratando das intervenções comumente usadas, considera-se essencial a promoção de reuniões com familiares, terapias a beira-leito, acompanhamentos psicológicos e realização de grupos de apoio. Esses tipos de modalidades de cuidados nunca devem ser impostos como sendo parte do tratamento e sim, oferecidos como complementares para o suporte emocional do paciente e sua família, respeitando a autonomia do paciente em decidir pela adesão e iniciados no momento em que o doente achar mais oportuno (ANCP, 2012).

A habilidade de realizar a escuta terapêutica está entrelaçada com a comunicação eficaz, o que permite aos profissionais de enfermagem enxergar além da doença e do tratamento, fortalecendo os laços de confiança e proporcionando ao paciente o respeito e a compaixão que ele merece (ANCP, 2012).

Neste sentido, é importante ressaltar que a escuta ativa não se limita apenas ao aspecto verbal, mas também envolve a observação atenta das expressões não verbais do paciente, como linguagem corporal e expressões faciais. Esses sinais podem fornecer insights valiosos sobre o estado emocional e as necessidades do paciente, auxiliando os profissionais de saúde na prestação de um cuidado mais holístico e sensível (ANCP, 2012).

Além disso, a construção de um ambiente de confiança e segurança é fundamental para facilitar uma comunicação sincera entre o paciente, sua família e a equipe de saúde. Isso pode ser alcançado por meio de uma abordagem empática, respeitosa e livre de julgamentos, que reconheça a singularidade de cada indivíduo e sua história de vida (ANCP, 2012; Santos, 2020). Ao promover uma cultura de escuta terapêutica e comunicação horizontal, os profissionais de saúde contribuem significativamente para a melhoria da qualidade de vida do paciente em CPs.

Referências

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos - Ampliado e atualizado. 2a edição. 592p. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês. Manual de Cuidados Paliativos. 2a edição Revisada e Ampliada. 2023. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao . Acesso em: 18 abr. 2024.

CAVALCANTE, J.S.dos S.; SOUZA, S.; FERRO, T.N. de L.; ALVES, A.S.S. Liberação miofascial na dor miofascial em idosos com câncer de pulmão sob cuidados paliativos: revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 12, n. 12, e116121243777, 2023 DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i12.43777> .

MENDES, Ernani Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, jul.-set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n106/881-892/pt> . Acesso em 18 abr. 2024.

NOGUEIRA, C. M. C. .; PASCHOAL , R. da S. A. .FERREIRA, C. R. .; RODRIGUES, M. de S. .; OLIVEIRA, R. L. de; RAMOS, L. G. A. Atuação do Enfermeiro nos cuidados paliativos aos pacientes com câncer. Research, Society and Development, v. 10, n. 16, p. e576101624317, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24317> . Acesso em: 18 abr. 2024.

POLITO, Yasmin de Matos Fagali; BARBOSA, Guilherme Correa; DE CAMPOS, Elisângela Cristina. Experiência vivida por um idoso com câncer de pulmão em cuidados paliativos: um estudo de caso. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 49–57, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/40600> . Acesso em: 18 abr. 2024.

SANTOS, Nazaré Maia dos, V.SOEIRO, Cristina Vidigal, A.; RIBEIRO MAUÉS, C. Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares e Desafios da Prática Médica diante da Finitude da Vida. Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.], v. 66, n. 4, p. e-02423, 2020. Disponível em:

<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/423> . Acesso em: 18 abr. 2024.

SILVA, F. C. F. et al. Assistência de enfermagem a pacientes com câncer em cuidados paliativos: revisão integrativa. Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 91, n. 29, 2020. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/626> . Acesso em: 18 abr. 2024.

SILVA FILHO, C. E. G; da. COSTA, S. F. G. da. BARBOSA. L. N.; MELO, C. B.; PIAGGE, C.S.L.D.; MOREIRA, M.A.S.P. Conhecimento de pacientes com câncer sobre cuidados paliativos: estudo bibliométrico. Revista Bioética. v.31, Brasília 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-803420233618PT> .

TARCIA, R. M. L.; dos REIS, A. C. A. Educação em saúde: cuidados paliativos. Revista Pluri, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 275-288, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26843/rpv112018p275-288> .

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

WOLFF, C. et al. O trabalho multiprofissional nos cuidados paliativos: um diálogo entre a medicina funcional integrativa e a atenção psicológica. Revista Eletrônica Acervo Científico, [S. l.], v. 39, e9459, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/react.e9459.2021> .

CAPÍTULO III

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA GERIÁTRICA

Claudir Lopes da Silva

Deborah Bulegon Mello

1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da proporção de idosos na população, é esperado que um número crescente de indivíduos nesta faixa etária seja diagnosticado com câncer. Isso se deve ao fato de que mais de 60% dos casos novos de câncer ocorrem em pessoas com mais de 60 anos. Além disso, aproximadamente 70% de todos os casos de câncer no mundo ocorrem após os 65 anos de idade. No Brasil, as taxas de incidência e prevalência de todos os tipos de câncer são três a quatro vezes maiores entre os idosos em comparação com os jovens e adultos (Francisco et al, 2020).

A oncogeriatría representa uma área emergente de diagnóstico e tratamento para idosos com câncer, que tem experimentado um crescimento notável nos últimos anos, da mesma forma como a demanda por CPs. Ela representa uma fusão entre a oncologia e a geriatria, visando desenvolver abordagens terapêuticas que abranjam toda a gama de perfis dos pacientes idosos neste contexto de adoecimento oncológico. Essa integração permite a elaboração de planos de cuidados geriátricos individualizados, possibilitando uma avaliação mais abrangente e assegurando que a idade não seja um fator determinante no acesso ao tratamento. Além disso, busca-se aprimorar os desfechos clínicos e a qualidade de vida por meio de intervenções específicas à população geriátrica (Fernandes, 2023).

Oferecer acolhimento ao usuário desde o momento da suspeita de câncer é uma ação crucial para garantir a integralidade do cuidado, especialmente na Atenção Básica, que é reconhecida como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a fase de investigação, os pacientes idosos frequentemente experimentam ansiedade, angústia e sentimentos de desamparo. Alguns enfrentam longas esperas pelo atendimento em serviços de saúde, enquanto outros têm sua manifestação clínica desconsiderada ao compartilhá-la com seus familiares. Como resultado, muitos idosos, com seus sintomas invalidados, adiam a busca por atendimento médico (Ferreira; Reis, 2023).

Ainda, ao receberem o diagnóstico de câncer, os idosos confrontam-se com o medo e a incerteza em relação ao futuro. Muitos tentam ocultar seus verdadeiros sentimentos dos familiares, agindo como uma fortaleza para protegê-los. Além disso, alguns idosos não têm o diagnóstico revelado pela família, o que pode gerar ainda mais angústia

e ansiedade no idoso em relação à verdadeira condição de saúde. Esse dilema familiar reflete o desejo de preservar os pacientes idosos do sofrimento, contudo, implica em uma limitação da autonomia da pessoa idosa frente ao seu próprio processo de vida (Ferreira; Reis, 2023).

Conforme já mencionado, a demanda por CPs está em ascensão em escala global, impulsionada pelo envelhecimento da população. Aproximadamente 40 milhões de indivíduos em todo o mundo necessitam de CPs anualmente, porém somente 14% desses pacientes têm efetivo acesso a esse tipo de assistência. Destes, uma parcela significativa é de idosos. O manejo dos sintomas secundário à doença oncológica emerge como uma das principais preocupações na abordagem paliativa, demandando uma avaliação sistemática, cuidados de saúde de qualidade e uma prescrição adequada às individualidades do paciente. Na prática, é comum que os pacientes enfrentem múltiplos sintomas simultaneamente, decorrentes da progressão da doença ou do tratamento, que por vezes podem ser potencializadas devido a comorbidades presentes (Galvão, 2023).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), CPs constituem uma abordagem destinada a aprimorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameaçam o curso natural da vida. Dentre estas evidencia-se o câncer, uma condição associada a sintomas físicos e psicológicos que impactam a qualidade de vida do indivíduo e de seu círculo social. Essa modalidade de cuidado se concentra na assistência ativa e abrangente a pacientes cuja doença não responde satisfatoriamente aos tratamentos com fins curativos (WHO, 2002).

Conforme o "Manual de CPs", elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), os principais objetivos desses cuidados envolvem: proporcionar alívio da dor e de outros sintomas da doença; reconhecer a vida e a morte como processos naturais; integrar aspectos psicológicos, sociais e espirituais aos cuidados clínicos; permitir que a morte ocorra naturalmente, sem intervenções desnecessárias; oferecer apoio aos familiares para lidar com a processo evolutivo da doença; auxiliar o paciente a viver de maneira ativa até o fim da vida; adotar uma abordagem multidisciplinar para atender às necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e seus familiares, incluindo aconselhamento e apoio durante o luto (Manual de CPs, 2023).

3.1 Peculiaridades do Cuidado Paliativo na Oncogeriatría

A avaliação multidimensional do idoso requer tempo e conhecimento científico por parte do profissional de enfermagem. Através dela, é possível obter informações sobre a presença de múltiplas doenças, avaliar a capacidade de autocuidado, determinar o nível de dependência dos cuidadores e identificar as necessidades de adaptação do idoso às suas limitações. Além disso, é essencial investigar o uso de múltiplos medicamentos, pois o diagnóstico de câncer altera significativamente a vida e a rotina dos pacientes e seus familiares. Portanto, é fundamental oferecer um acolhimento e uma escuta qualificada ao longo de todo o curso do tratamento (Ferreira; Reis, 2023).

As ações de enfermagem paliativa precisam ter foco no cuidado holístico e humanizado. Proporcionando alívio dos sintomas, flexibilidade no plano de tratamento e reconhecendo o paciente como ser humano singular (Silva; Magalhães, 2020). Dessa forma, é possível garantir uma melhor qualidade de vida e dignidade ao paciente em seus últimos momentos.

A assistência do enfermeiro ao paciente onco geriátrico e a família visa estimular a verbalização de sentimentos, identificar e intermediar áreas de potenciais conflitos, bem como auxiliar na identificação de fontes de suporte. Ainda, viabilizar a tomada de decisões e promover a autonomia sobre o tratamento proposto, além de estimular a pessoa ao autocuidado, conforme suas possibilidades (Cruz et al., 2023).

O manejo dos sintomas emerge como uma das principais preocupações na abordagem paliativa, demandando uma avaliação sistemática, cuidados de saúde de qualidade e uma prescrição adequada para manejo da dor e desconfortos. Afinal, é comum que os pacientes enfrentem múltiplos sintomas simultaneamente, decorrentes da progressão da doença ou do tratamento (Galvão, 2023).

A dor é uma das queixas mais frequentes e incapacitantes entre os pacientes com câncer. Frequentemente, a dor associada ao câncer é resultado dos efeitos diretos do tumor, do tratamento da neoplasia maligna ou de outros distúrbios somáticos relacionados ou não à doença ou ao seu tratamento. Nos pacientes idosos com câncer, a dor é uma ocorrência comum e, frequentemente, desencadeia complicações adicionais (Silva; Magalhães, 2020).

A assistência para alívio da dor em pacientes onco geriátricos deve ser individualizada, considerando as características e particularidades desta fase da vida. É necessário avaliar frequentemente se a terapia medicamentosa implementada está sendo eficaz. Tanto quanto, faz-se importante a implementação de manejos não-farmacológicos para alívio da dor, visando a promoção de conforto físico, psíquico e espiritual, com oferta de suporte emocional, estímulo ao autocuidado (ainda que limitado), prática de exercícios respiratórios e massagens, por exemplo. Quando pertinente, pode-se estimular a adesão a Práticas Integrativas e Complementares (PICS), que consistem em condutas terapêuticas que utilizam recursos com base nos conhecimentos tradicionais elementares, como, por exemplo: reiki, shiatsu, acupuntura, auriculoterapia, fitoterapia, musicoterapia, hidroterapia, florais e cromoterapia (Cruz et al., 2023; Silva; Magalhães, 2020).

Outros sinais e sintomas podem estar presentes no contexto da oncogeriatría, tais como desidratação, constipação, fadiga, fraqueza, náusea, vômito, caquexia, infecção, anemia, alterações metabólicas e endócrinas, alterações musculares, dentre outras, demandando avaliação e manejo adequados. Desta forma, o enfermeiro precisa ter conhecimento científico e técnico, visando a ágil tomada de decisão para controle dos sintomas (Silva; Magalhães, 2020).

A maioria dos profissionais possui entendimento e atitudes favoráveis em relação ao CP. Entretanto, na prática, enfrentam desafios para integrá-lo simultaneamente com outras terapias convencionais, devido à influência de aspectos sociais e culturais. Nota-se que, durante sua formação acadêmica, os profissionais geralmente não recebem informações suficientemente abrangente sobre os CPs, tornando-se necessário incluir esse conhecimento no currículo de graduação dos cursos da saúde, para que os profissionais possam estar melhor preparados na oferta de assistência eficaz em CPs (Silva et al., 2019).

Ainda, há de se mencionar que alguns enfermeiros possuem dificuldades de lidar com a morte, em comunicar más notícias e em identificar as necessidades biopsicossociais do paciente e da família neste contexto. Contudo, uma boa comunicação é essencial para facilitar o manejo da equipe multidisciplinar em CP e para amenizar o sofrimento do paciente e da família em questão. Além disso, identifica-se, no âmbito do sistema de saúde público nacional, dificuldades em acesso aos serviços de saúde, falta de recursos e tempo de espera prolongado para atendimentos, o que denota a necessidade de aperfeiçoamento de políticas públicas na atenção ao paciente geriátrico e oncológico (Silva; Magalhães, 2020).

Com base na vasta complexidade dos CPs em oncologia geriátrica, é evidente que há uma demanda crescente por uma abordagem integrada e compassiva para lidar com os desafios enfrentados pelos pacientes idosos com câncer. Enquanto os profissionais de saúde demonstram, em sua maioria, uma atitude positiva em relação aos CPs, a prática revela obstáculos significativos na integração desses cuidados com as terapias convencionais, muitas vezes devido a influências sociais e culturais. A falta de informações abrangentes sobre esta forma de assistência em saúde durante a formação acadêmica ressalta a necessidade premente de inclusão desse conhecimento nos currículos dos cursos de saúde, capacitando assim os profissionais para oferecer uma assistência eficaz e compassiva.

Além disso, reconhece-se a importância da comunicação eficaz e sensível, tanto na equipe multidisciplinar quanto com os pacientes e suas famílias, para mitigar o sofrimento e promover uma melhor qualidade de vida. O sistema de saúde público nacional também enfrenta desafios, como acesso limitado aos serviços, escassez de recursos e longos tempos de espera, destacando a necessidade urgente de políticas públicas mais abrangentes e eficazes na atenção ao paciente geriátrico e oncológico. Através de uma abordagem multidimensional e humanizada, os CPs podem oferecer não apenas alívio dos sintomas físicos, mas também apoio emocional, espiritual e psicossocial, promovendo assim uma jornada mais digna e confortável para os pacientes e suas famílias durante o enfrentamento do câncer na fase geriátrica.

Referências

Cruz, S. R. G., et al. A assistência do enfermeiro aos pacientes oncológicos idosos em fase terminal. *Revista Foco*, 1(10), e3242, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n10-015> .

Fernandes, N. L. M. Avaliação do perfil clínico dos pacientes atendidos no ambulatório de oncogeriatría de um serviço terciário. 2023. [Dissertação de Mestrado em Clínica Médica]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.17.2023.tde-10082023-094144> .

Ferreira, M. C., & Reis, N. N. M.. Pacientes oncológicos na geriatria: o papel do enfermeiro na melhora do enfrentamento do paciente a sua condição de saúde: uma revisão integrativa. 2023. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Associação Educacional Dom Bosco.

Francisco, P. M. S. B., et al. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2020

Galvão, A. K. de A. A. Controle dos sintomas com idosos hospitalizados em cuidados paliativos: estratégia centrada na pessoa idosa. 2020. [Dissertação de Mestrado em Gerontologia] Universidade Federal de Pernambuco.

MANUAL DE CPs - Manual de cuidados paliativos / Maria Perez Soares D'Alessandro (ed.) ... [et al.]. – 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

Silva, S. R., & Magalhães, M. D. A. V. Assistência de enfermagem no controle da dor em pacientes oncogeriátricos. Revista Saberes Docentes, 5(10), 2020.

Silva, S. de O., et al. Conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos a pacientes oncológicos. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 11(9), e369, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e369.2019> .

WHO - World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2^a ed., 2002. Geneva: WHO.

SOBRE OS AUTORES / ORGANIZADORES

Aline Nunes Haar

Enfermeira. Especialista em Oncologia Adulto e Pediatria. Enfermeira do Serviço de Enfermagem Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.

ID ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5505-7991>

Andreia Barcellos Teixeira Macedo (organizadora)

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Especialista em Saúde Pública, Saúde Ocupacional e Dermatologia. Proprietária da Empresa Andréia Barcellos Assessoria em Enfermagem, Escrita Científica e Aprimoramento Curricular. Tutora do Instituto Publicações Acadêmicas.

ID ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4219-4731>

ID lattes: <https://lattes.cnpq.br/1637177044438320>

Ariane Graciotto

Enfermeira. Especialista em Educação Sexual; em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto e em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6907-2545>

ID Lattes: <https://lattes.cnpq.br/9063975957808035>

Carina Cadorin

Enfermeira. Mestre em Saúde Mental e Transtornos Aditivos. Enfermeira clínica/geriátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.

ID ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1270-247X>

ID Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3021560419979426>

Claudir Lopes da Silva

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutor em Diversidade e Inclusão Social. Enfermeiro no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8751-3199>

ID Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4039374255895446>

Deborah Bulegon Mello

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira clínica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2289-671X>

ID lattes: <http://lattes.cnpq.br/7033470032542231>

Liliana Antonioli (organizadora)

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós doutora em Epidemiologia.

Especialista em Gestão, Governança e Tecnologias em Saúde.

Professora no Ensino Superior. Tutora em Escrita Científica e Planejamento Curricular.

E-mail: l.antonioli@hotmail.com

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0806-9910>

ID lattes: <https://lattes.cnpq.br/4278333120557916>

Mariane Dresch

Enfermeira. Consultora em Amamentação. Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso. Enfermeira clínica/geriátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-22893391>

ID Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2456611047978208>

Michele Miguelis Morales Schmitt

Enfermeira. Especialista em Gestão. Enfermeira no Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa, RS.

ID ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3476-3499>

ID Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4099590726912210>

Thais Reis de Lima

Enfermeira. Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano. Especialista em Oncologia, Hematologia e Imuno-Hemato. MBA em Gestão e Negócios da Saúde. Enfermeira do Serviço de Enfermagem Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0043-5085>

ID lattes: <https://lattes.cnpq.br/1681715246060089>

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA GERIÁTRICA-Vol 1

Cuidados Paliativos (CPs) envolvem competências relacionadas ao enfrentamento de doenças que ameaçam o curso natural da vida, afetando o paciente e seus familiares de forma permanente e sem expectativa de cura. Essas competências estão principalmente ligadas a minimização do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual.

A demanda para os CPs é crescente, decorrente do envelhecimento da população e do aumento de condições de saúde complexas, que implicam em maior prevalência de pessoas vivendo com doenças crônicas degenerativas e neoplásicas.

Neste e-book busca-se disseminar conhecimentos aos profissionais da saúde, trazendo informações atuais, embasadas na literatura científica e protocolos nacionais e internacionais, para qualificar a assistência oferecida ao idoso em cuidado paliativo oncológico. Considerando não apenas os aspectos terapêuticos do tratamento do câncer, mas também os desafios adicionais relacionados a faixa etária.

Home Editora
CNPJ: 39.242.488/0002-80
www.homeeditora.com
contato@homeeditora.com
91988165332
Tv. Quintino Bocaiúva, 23011 - Batista
Campos, Belém - PA, 66045-315

