

RESUT

REVISTA DE SAÚDE UNIVERSITÁRIA DE TAUBATÉ

Departamento Científico Benedito Montenegro

v. 1 n. 1 (2024)



Corpo Editorial RESUT

EDITOR FUNDADOR (2024)

Comissão de Redação: Luana Yasmim Fernández Avelaneda Castanheira (Editora chefe); Gabriel Gimenez Pereira Brandão e Victoria Marcon da Silveira (Editores adjuntos); Sophia Bau Segarra Garcia de Oliveira (Editora de Arte); Ana Júlia N. Mendonça (Redatora Revisora)

REVISORES ASSOCIADOS

- **Dra. Adriana Leônidas de Oliveira** (Psicologia)
- **Dr. Alexandre Prado Scherma** (Odontologia)
- **Dra. Andréa Paula Peneluppi de Medeiros** (Medicina Preventiva e Social)
- **Dr. Benedito Felipe Rabay Pimentel** (Ortopedia)
- **Dra. Cláudia Andréia Rabay Pimentel Abicalaf** (Radiologia)
- **Dra. Fernanda Malagutti Tomé** (Bioquímica/Microbiologia)
- **Dr. Gilson Fernandes Ruivo** (Nefrologia)
- **Dr. Marcos Roberto Furlan** (Fitoquímica Medicinal)
- **Dr. Oscar César Pires** (Anestesiologia)
- **Dr. Valdemir José Alegre Salles** (Cirurgia do Aparelho Digestivo)
- **Dr. Xenofonte Paulo Rizzardi Mazzini** (Ginecologia e Obstetrícia)

Diretoria DCBM 2023/2024

- **Presidente:** Isabella Capito
- **Vice-presidente Interna:** Isadora Xavier
- **Vice-presidente Externa:** Rayssa Rachid
- **Científico:** Gabriel Brandão, Luana Avelaneda, Victoria Marcon
- **Mídia:** Maria Fernanda, Otávio Augusto, Sophia Bau
- **Secretaria:** Gabriela Ricci, Giovanna Lima, Natália Prado
- **Social:** Laura Serafim, Lucas Kauan, Marina César, Michelle Fortes, Yefthy Brittes
- **Tesouraria:** Guilherme Almeida, Maria Dalila, Marina Begio
- **Patrocínio:** Ana Júlia Gatti, João Toso, Matheus Hashizume

ÍNDICE

EDITORIAL	04
INTERAÇÃO DE ANESTÉSICOS EM PACIENTES COM USO DE MEDICAÇÃO CRÔNICA. REVISÃO NARRATIVA.....	05
O CUIDADO PALIATIVO E SUAS DIFICULDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	18
AGRADECIMENTOS.....	30

EDITORIAL

Caros leitores,

A Revista de Saúde Universitária de Taubaté (RESUT) inicia uma nova era, este primeiro volume é publicado como um grande marco para a Faculdade de Medicina de Taubaté (FMT) e para o Departamento Científico Benedito Montenegro (DCBM). Esse sonho coletivo de elevar o incentivo e ampliar as produções científicas de Taubaté e Vale do Paraíba, após anos de fundação desse órgão acadêmico, foi concretizado na Diretoria 2023/24. A qual com inspiração e orgulho das antigas gestões, e “Velhos Vikings” membros desse grande órgão da nossa querida FMT, efetivou o maior intuito de uma faculdade que é o de incentivar a produção científica; pois é sabido que há uma carência de pesquisas e conseqüentemente de publicações em nosso país, principalmente na área médica. Desse modo, fica permitindo assim, por meio desta Revista, a maior difusão e integração dos dados e conectando profissionais e acadêmicos da área da saúde em geral.

Afinal, ser Medicina Taubaté e ser DCBM é buscar uma constante evolução e excelência no que fazemos. Mesmo que passem o tempo e as gerações de acadêmicos, e isto é certo, a RESUT deve ficar como testemunha das intenções de uma Faculdade, ela será um novo meio para almejarmos um constante desenvolvimento da medicina e da área acadêmica. Por isso, professores e alunos, efêmeros que somos devemos nos empenhar para que esta Revista se mantenha viva e digna. Àqueles que nos ajudaram, nossos sinceros agradecimentos; aos que ainda contribuirão, estaremos no aguardo e estimamos uma boa jornada.

Desejo a todos uma ótima leitura.

Luana Yasmim Fernández Avelaneda Castanheira

Diretora Científica DCBM 2023/24

INTERAÇÃO DE ANESTÉSICOS EM PACIENTES COM USO DE MEDICAÇÃO CRÔNICA. REVISÃO NARRATIVA.

Gabriel Gimenez Pereira Brandão¹

Rafael de Paula Vieira¹

Isabela de Oliveira Castro¹

Maria Luiza Durci Marcon De Paula Santos¹

Julia Miranda Ramo¹

¹ Alunos Graduandos de Medicina do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté, Taubaté- SP.

Resumo: Uma interação medicamentosa é um evento clínico no qual os efeitos de um medicamento são alterados pela combinação com outros produtos químicos. Esta é uma condição complexa com implicações significativas para a prática clínica profissional. O objetivo deste artigo é analisar os mecanismos farmacológicos, aprimorando a discussão sobre anti-hipertensivos, antidepressivos, anticonvulsivantes e anticoagulantes, levando em consideração sua interferência na anestesia. O consumo de drogas tem impacto na sociedade, e o tratamento de doenças crônicas é cada vez mais comum.

Levando isso em consideração, com o uso crescente de medicamentos, este artigo aborda a apresentação clínica, os

efeitos colaterais e os efeitos observados na sedação que devem ser considerados pelos anesthesiologistas. Estes profissionais podem evitar dificuldades realizando uma avaliação pré-anestésica completa que identifique potenciais interações medicamentosas devido à politerapia. As influências das diversas substâncias devem ser analisadas com base no custo-benefício, de acordo com as necessidades de cada paciente.

Palavras-chave: Anestesiologia; Farmacologia; Preparações Farmacêuticas;

Abstract: Drug interaction is a clinical event in which the effects of a medication is altered by its combination with other chemical products. This is a complex condition with significant implications on the clinical profession practice. The object of this article is to analyze the pharmacological mechanisms, improving the discussion about anti-hypertensive, antidepressive, anticonvulsant and anticoagulant drugs, considering their effects on anesthesia. Drug consumption has an impact over society, and the treatment of chronic diseases grows ever more common.

Taking this into consideration, with the growing use of medications, this article addresses the clinical presentation, side effects and effects observed during sedation that must be taken in consideration by the anesthesiologists. These professionals could avoid difficulties by carrying out a complete pre-anesthetic assessment that identifies potential drug interactions due to polytherapy. The influence of diverse substances should be analyzed based on cost benefit, according to the needs of each patient.

Keywords: Anesthesiology;
Pharmacology; Pharmaceutical
Preparations.

Introdução

Diante da complexidade das interações medicamentosas, diversos estudos têm sido conduzidos para compreender seus efeitos e mitigar riscos. Os desafios são ainda maiores quando, na prática anestésica, lidamos com doentes crônicos que fazem uso de fármacos de forma contínua.

Entendemos como doença crônica, segundo a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, capítulo I, artigo 2º, “aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura” (1).

No Brasil, as doenças crônicas estão presentes em 47,7 milhões de pessoas. (2) Nesse contexto, se torna cada vez mais comum o manejo anestésico com pacientes de doenças crônicas em uso de medicamentos de forma contínua, contribuindo para que o profissional da área crie um conhecimento acerca das possíveis incompatibilidades farmacológicas.

Neste trabalho, apresentaremos uma revisão narrativa sobre as interações entre anti-hipertensivos, antidepressivos, anticonvulsivantes, anticoagulantes e

analgésicos dentro do manejo anestésico. Discutiremos os desafios e estratégias dessas interações, visando melhorar a segurança e eficácia terapêutica durante o procedimento.

Objetivo

1.1 Objetivo Geral

Esta revisão narrativa tem como objetivo expor aos profissionais da saúde as interações mais comuns entre medicamentos crônicos na anestesia, permitindo que otimizem o procedimento anestésico planejado. Isso envolve maximizar os efeitos benéficos dos anestésicos e seus adjuvantes, enquanto minimizam qualquer potencial toxicidade, garantindo assim a segurança do paciente e reduzindo as complicações pós-operatórias.

1.2 Objetivos Específicos

Revisar a literatura científica:

Artigos pré-selecionados, com até 15 anos de publicação, de plataformas online foram analisados

Perspectiva sobre o tema: O entendimento das possíveis interações entre medicamentos é fundamental para a administração adequada da anestesia geral e regional, visto que o uso crônico desses fármacos é cada vez mais comum, e seus

efeitos estão aparecendo de maneira mais recorrente.

Metodologia

Nessa revisão narrativa, foram selecionados artigos das bases de dados; Scielo, Brazilian Journal of Anesthesiology e PubMed com análises de trabalhos com até 15 anos de publicação. Foi realizada a análise das evidências da ação de diferentes medicamentos em relação aos anestésicos, com ênfase em cinco classes medicamentosas: anti-hipertensivos, antidepressivos, anticonvulsivantes, analgésicos e anticoagulantes. Os artigos foram pré-selecionados e analisados quanto à relevância dentro do tema abordado no trabalho.

Desenvolvimento

• Anti hipertensivos

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos elevados de forma persistente. Dessa forma, ela é diagnosticada a partir de duas medidas com a técnica correta em ocasiões distintas e sem uso de medicação anti-hipertensiva, na qual o paciente apresenta-se com uma pressão arterial (PA) alta, ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. (3)

No Brasil, 1 a cada 4 brasileiros possuem a doença (42% da população). Desses casos, 67% foram diagnosticados e 62% estão em tratamento (4). Essas informações demonstram a necessidade do conhecimento da ação dos principais fármacos anti-hipertensivos e como eles podem afetar o procedimento peri-operatório.

Na classe dos anti-hipertensivos podemos destacar 4 subgrupos principais desses medicamentos:

1. Diuréticos

Estes medicamentos alteram a reabsorção renal de Na^+ , através de mecanismos integrados que, de forma simplificada, aumentam a diurese e controlam o balanço hídrico do paciente. (5).

Os diuréticos interagem com diversos anestésicos podendo causar hipocalcemia, hipocalcemia, hipotensão e taquicardia. Portanto, devem ser suspensos na manhã do dia da cirurgia e restituídos logo que possível. (6) Devido sua ação que pode originar alterações cardiovasculares e do equilíbrio ácido-base e hidroeletrolítico, o paciente sob esse medicamento, durante o acompanhamento peri-operatório, devem ter ionograma (exame para mensuração dos eletrólitos) pré-operatório e deve ter seu

equilíbrio eletrolítico mantido antes da cirurgia (7).

2. β -bloqueadores adrenérgicos (seletivos)

Fármacos que bloqueiam os receptores de β_1 adrenérgicos, causando como efeitos para a diminuição da pressão arterial: diminui o débito cardíaco (diminuição da FC e inotropismo cardíaco) e diminuição da liberação de renina nos rins. (8)

O uso dos β -bloqueadores adrenérgicos junto ao manejo anestésico utilizando halogenados e de bloqueio neuromuscular por succinilcolina, potencializam efeitos cardiodepressores, porém, não deve ser suspenso até o dia da cirurgia. A suspensão rápida pode causar uma hipertensão, arritmias malignas e isquemia miocárdica grave de rebote. (8)

3. Bloqueadores do canal de cálcio

O cálcio é um íon importante para os mecanismos excitatórios e contráteis do músculo liso do miocárdio e vasos. Além disso, participa da atividade marcapasso do nó sinoatrial e do sistema de condução atrioventricular. Logo, os bloqueadores do canal de cálcio, impedem esse influxo do íon nas células, reduzindo a contração muscular cardíaca e aumentando a dilatação

dos vasos, conseqüentemente, diminuindo a pressão arterial. (9)

O uso destes bloqueadores não deve ser suspenso para a cirurgia, porém, devido à sua ação, o anestesista deve se atentar a possíveis interações medicamentosas que podem gerar um efeito depressor miocárdico, bloqueio da condução intracárdica e queda brusca da resistência vascular sistêmica (10). Estes efeitos indesejados devem ser mais precavidos em pacientes que apresentam fração de ejeção ventricular esquerda <40%.

4. Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA)

Esses medicamentos inibem a ECA, responsável por converter angiotensina I em angiotensina II e, como consequência, impedem a cascata de reações do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA). (11)

No contexto atual, realiza-se a suspensão deste medicamento na véspera da cirurgia, associando o uso dele com a anestesia em casos de hipotensão arterial. Porém, estudos recentes concluíram que o IECA não influencia em tal efeito adverso e que a suspensão do mesmo causa um risco de pico hipertensivo no intra-operatório, necessitando que tal intervenção seja revista (12).

• Antidepressivos

Os antidepressivos são medicamentos que geralmente tem a finalidade de inibir ou reduzir a recaptação de ou destruição dos neurotransmissores por meio de enzimas denominadas monoaminoxidase. (13)

Quanto à classificação dos antidepressivos, eles podem ser categorizados com base em suas estruturas químicas e propriedades farmacológicas. Atualmente, a preferência está em classificá-los de acordo com seus mecanismos de ação na transmissão de monoaminas na fenda sináptica, uma vez que os antidepressivos modernos diferem dos antigos em suas estruturas químicas, evitando assim agrupamentos baseados nessa conformação. Entre esses mecanismos, destacam-se: inibição do metabolismo, inibição da recaptação do neurotransmissor ou atuação em receptores pré-sinápticos. Ademais os antidepressivos vão ser classificados em inibidores de monoaminoxidase (IMAOs), inibidores seletivos da recaptação de serotonina, inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina e os antidepressivos tricíclicos (13).

Quando se discute o metabolismo e a interação farmacológica com anestésicos, é importante notar que certos antidepressivos, conhecidos como

antidepressivos tricíclicos, inibem a recaptação de norepinefrina e serotonina nas fendas sinápticas. Além de suas propriedades anti-histamínicas e anticolinérgicas, eles também têm características farmacológicas preocupantes, como a diminuição do limiar convulsivo e suas ações neurológicas, que causam aumento de frequência cardíaca. Quando associados a anestésicos voláteis ou agonistas colinérgicos, esses medicamentos podem causar efeitos arrítmicos e reduzir o esvaziamento gástrico. É crucial evitar a administração simultânea de antidepressivos cíclicos com anticolinérgicos, como atropina e escopolamina, devido aos efeitos adversos no pós-operatório, como confusão mental, ansiedade, convulsões, taquicardia, comprometimento da memória, retenção urinária e constipação intestinal. Esses fármacos apresentam interações com anestésicos que requerem maior cautela, especialmente devido à ação anticolinérgica dos tricíclicos, como o halotano e o pancurônio. Portanto, é recomendável a administração de relaxantes musculares que não tenham efeitos simpatomiméticos ou vagolíticos (14).

Além desses medicamentos, existem os inibidores não seletivos da monoaminoxidase (IMAOs), que são menos prescritos atualmente devido aos

seus efeitos colaterais indesejáveis, mas principalmente por serem letais em doses altas e sua ação farmacológica ainda não ser totalmente compreendida. No entanto, seu uso ainda é necessário em pacientes com transtornos de humor refratário como reincidência de depressões e síndrome de abstinência, sendo a melhor indicação para eficácia do tratamento nesse cenário. Observou-se que o uso desses fármacos junto com agentes simpaticomiméticos, como a efedrina em uma cirurgia, resulta em elevada liberação de norepinefrina, causando uma crise hipertensiva grave, mas também pode estar associada a agitação, febre, convulsões e até mesmo o coma pois um dos mecanismos dos IMAOs não seletivos é o acúmulo de aminas biogênicas no sistema nervoso central e autônomo. Essas são medicações com diversas interações, a exemplo uso de anticolinérgicos têm seus efeitos potencializados, além de causar efeitos hipotensores e hipoglicemiantes quando associados aos tiazídicos e agentes hipoglicemiantes, respectivamente(14)

Dentro do grupo de antidepressivos, encontram-se os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs), que, devido às suas ações plaquetárias, estão frequentemente associados a maiores riscos de sangramento, podendo resultar em transfusões durante procedimentos

cirúrgicos. Este risco de hemorragia é mais significativo quando os medicamentos são combinados com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) ou antiagregantes plaquetários, e a gravidade durante a cirurgia dependerá de cada paciente. A interrupção abrupta dessas medicações podem causar calafrios, dores musculares, exacerbação do humor e ansiedade, levando à manutenção desses medicamentos durante o período perioperatório, em que o tratamento do risco de hemorragia é balanceado com as consequências psiquiátricas. Em casos de pacientes com transtornos psiquiátricos graves submetidos a cirurgias de baixo risco de sangramento, o uso desses medicamentos é mantido durante o procedimento. No entanto, em cirurgias com pacientes com alto risco de hemorragia pós-operatória, que podem resultar em morbidade ou necessidade de terapia e medicações específicas, como o uso preventivo de antiplaquetários, considera-se a retirada gradual dos ISRSs semanas antes da cirurgia, substituindo-os por outra medicação antidepressiva. No pré-operatório, os agentes antiplaquetários devem ser descontinuados, quando possível. (14)

- **Anticonvulsivante**

Os anticonvulsivantes são formados por um grupo de medicamentos voltados para a prevenção e o tratamento de crises

epiléticas e convulsivas, ou seja, crises onde há a contratura involuntária da musculatura, geralmente acompanhada por perda de memória, que ocorre devido a excitação da camada externa do cérebro. Esses medicamentos possuem várias ações, podendo ser usados para tratar mais distúrbios do que seu nome sugere. Sua ação varia de acordo com cada substância e seus diferenciais, mas esses fármacos têm como objetivo inibir a despolarização neuronal anômala, atuando no sistema nervoso por meio do bloqueio da função dos canais de sódio e cálcio, inibição dos receptores de glutamato e outros mecanismos de ação (15).

As drogas utilizadas para controlar as crises convulsivas variam e são classificadas de acordo com o grau e a causa da epilepsia, uma vez que podem ser de origem genética ou adquirida. Todas as drogas utilizadas para o tratamento da epilepsia e convulsão, como Fenobarbital®, Carbamazepina®, Valproato de sódio® e outros, induzem efeitos colaterais de gravidade maior ou menor, pois os anticonvulsivantes são utilizados em doses próximas a toxicidade, sendo necessário um controle minucioso (15).

Os anticonvulsivantes, devido ao seu nível plasmático e a alta intensidade de bio-transformação orgânica, interagem facilmente com outras drogas. A difenil-

hidantoína®, por exemplo, é um dos medicamentos que por possui níveis plasmáticos elevados, têm propensão a gerar efeitos adversos por interação com outros fármacos, que na anestesia de doentes, pode levar a um retardo na recuperação de consciência, podendo também facilitar o surgimento de hipotensão arterial. Os anestésicos inalatórios, como o Desflurano® que costuma ser utilizado em anestesia pediátrica, por exemplo, sua biotransformação pode ser elevada pela indução enzimática proporcionada pelos anticonvulsivantes, que pode gerar a toxicidade hepática devido a maior produção de metabólitos (16). Dessa forma, no preparo pré anestésico do paciente, é necessário fazer uma avaliação clínica minuciosa para evitar possíveis intoxicações por anticonvulsivantes, uma vez que alguns desses medicamentos também podem reduzir o efeito de outros fármacos como anticoagulantes e reduzir a intensidade e duração dos anestésicos, além de possibilitar o aumento do efeito de anestésicos locais e gerais. (16)

- **Analgésicos**

Analgésicos são substâncias que promovem o alívio da dor e reduzem as alterações psíquicas associadas a essa sensação, sem interferência expressiva com o nível de consciência, podem ser divididos

em várias categorias com base em seus mecanismos de ação, potência e finalidade terapêutica. Existem os hipno-analgésicos (HA) representados pelos derivados naturais e semi-sintéticos do ópio e por drogas sintéticas de efeitos similares. São conhecidos também por analgésicos narcóticos, analgésicos maiores, opiáceos e morfínomiméticos, possuem capacidade de provocar dependência física, incluem morfina, codeína, oxicodona e tramadol. Os opióides figuram entre os analgésicos mais importantes no tratamento da dor moderada a intensa. (17)

Em contrapartida existem os antitérmicos-analgésicos (AA) representados pelos derivados do ácido salicílico® e similares. Denomina-se também de analgésicos não narcóticos e analgésicos menores, inclui medicamentos como paracetamol (acetaminofeno®) e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) como ibuprofeno®, naproxeno® e aspirina®. Não provocam dependência física e, além do efeito antitérmico, apresentam, em sua grande maioria, atividade anti-inflamatória. (18)

Atualmente, a prescrição excessiva de opioides que ocorre em alguns países desenvolvidos resulta em desvio, uso indevido e abuso, frequentemente relacionada ao uso recreativo desses analgésicos. Diante disso, o uso crônico de

analgésicos vem se mostrando preocupante. (19)

O uso prolongado de analgésicos pode afetar a sensibilidade do corpo a certos medicamentos, incluindo anestésicos. Os opióides podem alterar a maneira como o sistema nervoso central responde aos medicamentos anestésicos, exigindo doses maiores para produzir o mesmo efeito(20). Além disso, alguns analgésicos podem influenciar a função do fígado e dos rins, órgãos importantes para o metabolismo e eliminação de anestésicos. Essas mudanças podem afetar a eficácia e a segurança da anestesia durante um procedimento cirúrgico (21)

- **Anticoagulantes**

Os anticoagulantes são usados para destruição ou prevenção da formação de trombos, que ocorrem por uma formação patológica de tampão hemostático dentro de um vaso arterial ou venoso, na ausência de sangramento. Existem três fatores que favorecem essa formação, conhecida como a tríade de Virchow: lesão da parede vascular, alteração de fluxo sanguíneo e coagulabilidade anormal do sangue. (22)

A trombose é uma doença muito grave, que pode trazer consequências muito graves, como um infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, tromboembolismo pulmonar, entre outras. Para evitar ou tratar essas doenças, são

usados os anticoagulantes, podendo ser administrado na forma oral ou injetável.

Dentre os anticoagulantes orais, temos a varfarina como a mais importante, sendo um antagonista da vitamina K. Na classe dos anticoagulantes injetáveis temos a heparina e seus fragmentos, denominados de heparinas de baixo peso molecular (HBPMs). Ambas possuem capacidade de inibir a coagulação por meio de interações com a antitrombina III.

Em relação a atualização publicada pela sociedade brasileira de anestesiologia (SBA), foi realizada uma revisão narrativa para atualização de diretrizes, abordando a anestesia regional e o uso de anticoagulantes, foi abordado sobre a alta potência dos anticoagulantes e o alto risco de um sangramento neuroaxial. Existem inúmeros fatores de risco, sendo um dos principais o hematoma espinhal ou peridural (HEP), classificado como um sangramento sintomático no interior do canal vertebral, sendo rara, mas potencialmente catastrófica. A maioria ocorre de forma espontânea de forma idiopática, mas, a terapia anticoagulante concomitante com a anestesia do neuroeixo é o principal fator de risco para esse evento. Essa hemorragia ocorre principalmente no espaço peridural, principalmente pelo plexo venoso peridural, porém, tamanho da agulha, colocação do catéter, tipo de

cirurgia, idade e gênero são fatores que podem afetar o local do sangramento. (23)

Em relação aos tipos de bloqueios de neuroeixo, a incidência é maior em cateteres peridurais, ocorrendo com maior frequência nas punções lombares do que torácicas. A incidência do HEP é pequena, mas suas consequências e gravidade tornam crucial o desenvolvimento de estratégias para manejo dos pacientes anticoagulados durante o procedimento de anestesia do neuroeixo.

Sempre atentar-se aos sinais clínicos de HEP em pacientes submetidos a anestesia do neuroeixo, como regressão lenta ou ausente do bloqueio motor ou sensitivo, dor nas costas, retenção urinária ou retorno de déficit motor ou sensitivo após a regressão completa prévia do bloqueio, separados ou em combinação. Em caso de suspeita, além desses sinais clínicos, deve ser feita uma investigação de imagem, como uma ressonância nuclear magnética ou uma tomografia computadorizada. Se confirmado o diagnóstico, por ser uma emergência neurocirúrgica, deve ser feita uma laminectomia de descompressão em até 6 a 12 horas após o surgimento dos primeiros sintomas. (24)

Conclusão

Na atualidade, o uso de medicações para diversos fins, teve um aumento discrepante em relação ao passado, o que gera um grande desafio aos profissionais médicos, aumentando drasticamente o risco de interação medicamentosa e complicações do ato anestésico. Abordamos nesta revisão de literatura diversas doenças muito prevalentes na atualidade, cada qual com a sua especificidade de fisiopatologia e com diversas drogas com diversos mecanismos de ação.

Em todo ato anestésico e cirúrgico, é de extrema importância, para proteção do médico e paciente, reduzindo complicações, a avaliação prévia, quando possível, visando otimizar ou retirar algumas medicações em uso que podem acrescentar um risco maior ao procedimento, sempre avaliando o risco/benefício. Importante a visão do paciente como um todo no pré-operatório, que deve ser avaliado pelo seu médico de rotina, cirurgião e, principalmente, o anestesista, que será responsável, junto ao cirurgião, do cuidado e monitorização desse paciente durante o ato operatório e anestésico.

Referências

- 1 - Ministério da Saúde [Internet]. bvsmms.saude.gov.br. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html
- 2-Quase 50 milhões de brasileiros têm alguma doença crônica diagnosticada | IESS [Internet]. www.iess.org.br. Available from: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/quase-50-milhoes-de-brasileiros-tem-alguma-doenca-cronica-diagnosticada>
- 3-Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021 Mar 25;116(3):516–658. Available from: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>
- 4-Horvatic G. OMS: uma em cada três pessoas no mundo sofre de pressão alta e 80% não recebe o tratamento adequado [Internet]. Conselho Federal de Farmácia. 2023. Available from: <https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/22/09/2023/oms-uma-em-cada-tres-pessoas-no-mundo-sofre-de-pressao-alta-e-80-nao-recebe-o-tratamento-adequado#:~:text=Aqui%2C%2042%25%20das%20pessoas%20com>
- 5-Magalhães de Almeida L, Ferrari Vieira C, Teixeira Fernandes E, Teixeira Gomes da Silva G, Luiz Rinaldi M, Gomes Pereira R, Barros Freitas R, Antoniol T, Beatriz Almeida Fontes L. Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas [Internet]. DIURÉTICOS: um artigo de revisão | Revista Científica UNIFAGOC - Saúde; 2017 [citado 24 jun 2024]. Disponível em: <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/188#:~:text=Conclusão:%20Os%20diuréticos%20apresentam%20excelente,insuficiência%20cardíaca%20e%20síndrome%20nefrótica.>
- 6- Luiz A, Bortolotto, Consolim-Colombo F. Betabloqueadores adrenérgicos Adrenergic betablockers. *Rev Bras Hipertens* [Internet]. 2009;16(4):215–20. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-4/06-betabloqueadores.pdf>
- 7 Antagonistas de canais de cálcio [Internet]. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/5-2/antagonistas.pdf>
- 8-Ribeiro J, Florêncio L. Bloqueio farmacológico do sistema renina-angiotensina-aldosterona: inibição da enzima de conversão e antagonismo do receptor AT 1 [Internet]. Available from:

<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-3/016.pdf>

9-Luisa M, Barbero M, De Á, Guijarro M. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LOS FÁRMACOS UTILIZADOS EN ANESTESIA [Internet]. Available from: https://formacion.sefh.es/curso_interacciones/modulo9/interacciones_modulo9.pdf

10-Amaral C. Farmacologia clínica cardiovascular em anestesiologia Farmacologia da proteção miocárdica -2a Parte Clinical cardiovascular pharmacology in anesthesiology Pharmacology of myocardial protection -Part 2. Revista SPA | [Internet]. 21. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/download/8852/6380/>

11-Nocite J, Tsa. Artigo de Revisão Bloqueadores de Canais de Cálcio e Anestesia [Internet]. Available from: <https://bjan-sba.org/article/5f503f398e6f1a03048b461e/pdf/rba-36-5-417.pdf>

12-Costa VV da, Caldas AC, Nunes LGN, Beraldo PSS, Saraiva RÂ. Influência do uso crônico dos inibidores da enzima conversora da angiotensina na hipotensão arterial após indução anestésica: é necessário suspender esse fármaco no pré-operatório? Revista Brasileira de

Anestesiologia. 2009 Dec;59(6):704–15. Available from: <https://www.scielo.br/j/rba/a/cwXtyGV4rXDg3TdnGvx7M7f/#:~:text=JUSTIFICATI%20E%20OBJETIVOS%3A%20Tem%20sido,efeitos%20delet%C3%A9rios%20para%20o%20paciente.>

13- Mondino LNZ. Avaliação do risco de hipotensão arterial durante a indução de raquianestesia, em pacientes tratados cronicamente com fármacos anti-hipertensivos. appuffbr [Internet]. 2011 [cited 2024 May 9]; Available from: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/3294>

14-Barros LG, Rodrigues Junior OM, Oliveira Júnior JRF de, Silva AT da. Estudo bibliográfico sobre as potenciais interações medicamentosas envolvendo antidepressivos tricíclicos. E-Acadêmica. 2022 Aug 6;3(2):e8232244. Available from: <https://eacademica.org/eacademica/article/view/244/203>

15- MASTER EDITORA - Periódicos científicos, livros eletrônicos, E-books, editoração e distribuição de obras, caráter científico [Internet]. Documento sem título; [citado 10 maio 2024]. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/download-3836>

16-Maranhão MVM, Gomes EA, Carvalho PE de. Epilepsia e anestesia. Revista

Brasileira de Anestesiologia. 2011 Apr;61(2):242–54. Available from: <https://www.scielo.br/j/rba/a/Vbn6JMDKWgRFT6fpSxgC8mp/?lang=pt&format=html>

17-nigro Neto C, Tardelli MA, Paulista PHD. Uso de anestésicos halogenados na circulação extracorpórea. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2012 Jun;62(3):350–5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/4xC6YPXbrqrxJSxRWMXLQ5r/>

18-Piovezan M, Sousa BM, e Silva C de A, de Assis CC, Bonin JPP, Capobianco JGP. Opioid consumption and prescription in Brazil: integrative review. *Brazilian Journal Of Pain*. 2022;5(4). Available from: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/Jm6K9zDwJtH64GFkX5BNbhg/?format=pdf&lang=pt>

19- Opioid analgesics-related pharmacokinetic drug interactions: from the perspectives of evidence based on randomized controlled trials and clinical risk management <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=36664>

20-Duarte D. In-BrasAnnt Hipno-analgésicos [Internet]. Available from: <https://bjan-sba.org/article/5f9c9dd88e6f1a40018b4709/pdf/rba-30-2-149.pdf>

21-Cremonesi E, Tsa, Técnico D, Nível S. Artigo Educacional Interações de Drogas e

Anestesia. Parte II Problemas Relacionados com Diversos Grupos Farmacológicos [Internet]. [cited 2024 May 9]. Available from:

<https://app.periodikos.com.br/article/5f9c9dbb8e6f1a40018b465c/pdf/rba-33-6-483.pdf>

22-De Carvalho M, Poso Ruiz-Neto P, Tsa, Pp -Desflurano RN, Pediátrica A, De Revisão A. Desflurano em Anestesia Pediátrica *. *Revista Brasileira de Anestesiologia* [Internet]. 2000 [cited 2024 May 9];391. Available from: <https://bjan-sba.org/article/5e498c3b0aec5119028b49de/pdf/rba-50-5-391.pdf>

23-Rang, Ritter James M, Rang RJ. Rang & dale farmacologia (8). St. Louis: Elsevier Mosby; 2015.

24-Fonseca NM, Pontes JPJ, Perez MV, Alves RR, Fonseca GG. SBA 2020: Regional anesthesia guideline for using anticoagulants update. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)* [Internet]. 2020 Jul 1;70(4):364–87. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104001420300622>

O CUIDADO PALIATIVO E SUAS DIFICULDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Daiane Franciele Rech
Ana Laura Fogliene de Paula¹
Rebecca Felske da Silva¹
Nayara Capote Martins Dias¹
Ana Flávia dos Santos Cunha de Almeida¹
Marina Laís Barreto de Oliveira¹
Francine da Costa Alves¹

1. Alunas Graduandas de Medicina do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté, Taubaté- SP.
2. Professora do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté, Taubaté-SP.

Resumo: Introdução: Cuidados Paliativos têm como finalidade promover melhor qualidade de vida a pacientes e seus familiares fora de possibilidades terapêuticas, podendo ser realizada em seu próprio domicílio. **Objetivo:** Identificar as dificuldades para a realização dos cuidados paliativos pela Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Método:** Estudo de revisão integrativa da literatura. Utilizou-se a base de dados *Scientific Electronic Library Online* e *Google Academic* para a busca dos artigos com os descritores Cuidados Paliativos, Atenção Primária a Saúde e Serviços de Assistência Domiciliar. **Resultados:** Identificou-se despreparo emocional e acadêmico dos profissionais de saúde em lidar com o tema morte, dificuldade no diagnóstico para inclusão em

cuidados paliativos, baixa assistência formal para pacientes e seus familiares e falta de planejamento da gestão em saúde e políticas específicas. **Conclusão:** A realização do cuidado paliativo pela atenção primária esbarra em dificuldades relacionadas aos profissionais que atuam nestes serviços como despreparo emocional e acadêmico, falta de suporte e auxílio para o trabalho, e dificuldade em se diagnosticar e incluir pacientes nesta modalidade de atenção. Há necessidade de melhor preparo dos profissionais para atuar em cuidados paliativos na atenção domiciliar e políticas públicas voltadas para esta assistência.

Palavras-chave: Assistência Paliativa; Atenção Básica à Saúde; Cuidado Domiciliar

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define cuidados paliativos (CPs) como *“abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”*¹.

Embora os CPs tenham se desenvolvido como resposta às necessidades de pessoas com diagnóstico de câncer em fase avançada e de seus familiares, atualmente é uma modalidade de atenção aplicável a qualquer pessoa com doença crônica que vivencia sua terminalidade².

Os CPs devem ser iniciados o mais precocemente possível, de preferência no momento do diagnóstico de uma doença grave, independente do prognóstico de vida. Deve ser promovido, durante a trajetória da doença, de forma simultânea, com todos os outros planos de tratamento adotados para cura ou prolongamento da vida³.

Esta modalidade de atenção requer cuidado integral de uma equipe multiprofissional de forma que ajude o paciente e seus familiares a enfrentarem e se adequarem a essa condição de ameaça à vida, assim como enxergar a morte como um processo natural⁴.

Estima-se que 40 milhões de pessoas necessitam de CPs anualmente, sendo 78% delas de países de baixa e média renda, entretanto apenas 14% desses os recebem. A maioria dos adultos que precisam de cuidados paliativos são portadores de doenças crônicas cardiovasculares e/ou respiratórias, câncer, AIDS e diabetes⁵.

A *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA) classifica os países conforme o nível de desenvolvimento na área: Grupo 1 (nenhuma atividade conhecida de assistência em cuidados paliativos); Grupo 2 (iniciativas abrangentes voltadas para criar capacidade organizacional, de força de trabalho e de política específicas para desenvolvimento de serviços, mas ainda sem um serviço estabelecido).

O grupo 3 se divide em subgrupos: 3a – fornecimentos isolados de cuidados paliativos, geralmente de base domiciliar e relativamente limitados ao tamanho populacional, financiamento fortemente dependente de donativos e disponibilidade limitada de morfina; e 3b – cuidados paliativos generalizados, com múltiplas fontes de financiamento, disponibilidade de morfina, fornecimento de algumas iniciativas de treinamento e educação pelas organizações de CPs.

O Grupo 4 também é subdividido: 4a – serviços de cuidados paliativos em fase

preliminar de integração às prestações de serviços convencionais, com conscientização dos CPs pelos profissionais de saúde e pelas comunidades locais, mas com impacto limitado na política, disponibilidade de morfina e outros medicamentos fortes para alívio da dor; e 4b – cuidados paliativos em integração avançada, com impacto substancial dos CPs nas políticas, em particular nas de saúde pública, além de desenvolvimento de centros educacionais reconhecidos. O Brasil é classificado como 3a, ou seja, apresenta CPs isolados, com pouco suporte, dependente de doações, e disponibilidade limitada de morfina⁶.

No mundo anualmente existem 16 mil serviços de CPs⁶. Na América Latina há 922 serviços, cerca de 1,63 serviços por 1.000.000 habitantes. O Brasil possui 6 residências do tipo *hospice* e 24 serviços de atenção domiciliar. O nível terciário possui 16 serviços, com 26 equipes multiníveis e 21 equipes de apoio hospitalar. Não há no país serviços de centro comunitário e serviço/unidade hospitalar de nível secundário para cuidados paliativos⁷. Em relação a formação em CPs, o Brasil possui subspecializações, além de pós-graduação em CPs e apenas 3 faculdades de medicina com a disciplina de cuidados paliativos⁷.

Os CPs podem ocorrer em ambiente assistencial hospitalar, domiciliar ou ambulatorial, englobando os três níveis de

atenção. A atenção domiciliar pode ser realizada pelas equipes de Atenção Primária a Saúde (APS), com o paciente sendo acompanhado junto a sua família, em seu próprio lar, sem rotinas hospitalares, com maior sensação de conforto e proteção⁸.

A APS tem como estratégia promover a saúde, prevenir doenças e seus agravos, realizar ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde de forma regionalizada, contínua e sistematizada de acordo com às necessidades de uma determinada população.

Definida pela Portaria nº963/2013, a Atenção Domiciliar “é uma nova modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes à saúde”⁹.

Nesta portaria são apresentados dois tipos de composição de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipes Multiprofissionais de Apoio, além da modalidade de organização como Atenção Domiciliar (AD) tipo 1, 2 e 3⁹. A assistência em CPs se enquadra nas modalidades de atenção AD2 e AD3 por exigirem cuidados mais frequentes e acompanhamento contínuo da equipe de saúde¹⁰.

A elaboração do plano de cuidado

adequado e sua contextualização pela APS deve considerar requisitos como a vontade da pessoa em permanecer em casa, a disponibilidade da família e capacidade de assumir os cuidados, não haver problemas econômicos importantes, competência técnico-científica da equipe, suporte psicossocial para a pessoa e sua família, acompanhamento integrado com o serviço especializado em CPs, e reconhecer os limites de atuação da equipe de APS¹¹.

Considerando a importância dos cuidados paliativos serem realizados em domicílio por vontade dos pacientes e familiares, o objetivo deste estudo é identificar na literatura as dificuldades para a realização desta modalidade de atendimento pela APS.

Método

Estudo de revisão integrativa de literatura, de caráter descritivo-exploratória sobre as dificuldades na realização dos cuidados paliativos pela Atenção Primária à Saúde.

Foram incluídos no estudo trabalhos que atendiam os critérios de inclusão: artigos nacionais publicados no período de 2013 a 2019, que estivessem disponíveis gratuitamente e na íntegra, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e *Google Academic*, em português, inglês ou espanhol.

Foi estabelecido o uso dos descritores “Cuidados Paliativos”, “Atenção Primária” e “Serviços de Assistência Domiciliar” de modo que apresentassem em sua discussão considerações sobre as dificuldades dos cuidados paliativos realizado pela Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Os artigos selecionados para a amostra foram analisados, quanti-qualitativamente. A análise quantitativa descreveu em números e porcentagens os dados das publicações. A análise qualitativa foi realizada por meio da análise de conteúdo com o referencial teórico de Bardin. A análise de Bardin permite que os pesquisadores analisem e interpretem de forma sistematizada os resultados apresentados.

A busca pelos artigos foi realizada nos meses de julho de 2019 e maio de 2020.

Resultados e Discussão

Na busca eletrônica dos artigos foram encontrados 30 manuscritos. Após a realização da leitura, 12 artigos para utilizados na análise crítica, por contemplarem os critérios de inclusão (Quadro 1). Os demais artigos não entraram na amostra por estarem em duplicidade e não contemplarem o objetivo deste estudo.

Quadro 1 – Descrição dos artigos selecionados para o estudo.

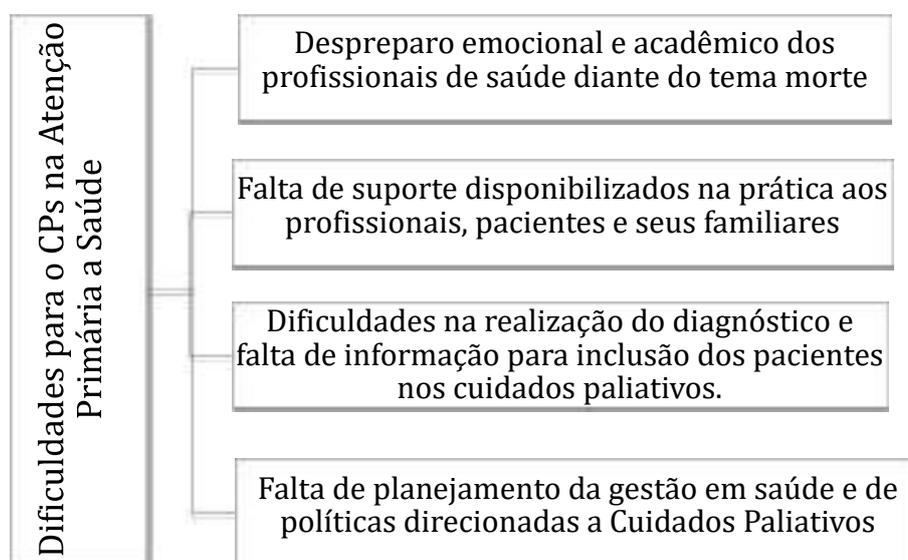
Nº	Título do Artigo	Objetivo do Artigo	Método	Revista e Ano Publicação	Autores
1	O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos.	Compreender o papel dos profissionais de atenção primária à saúde em cuidados paliativos.	Revisão de Literatura	Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade; 2014	Silva MLSR.
2	Habilidade de Comunicação de Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado?	Avaliar a habilidade de comunicação das má-notícias por acadêmicos de medicina.	Transversal, quantitativo	Revista Brasileira de Educação Médica; 2017	Neto Sombra LL, Silva VLL, Lima CDC et al.
3	Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família.	Compreender a percepção dos médicos da Estratégia Saúde da Família acerca dos cuidados paliativos.	Descritivo, qualitativo	Revista Brasileira de Educação Médica; 2019	Ribeiro JR, Poles K.
4	Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde.	Identificar e compreender as percepções as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde e familiares no cuidado paliativos nos domicílios.	Qualitativo	Ciência & Saúde Coletiva; 2013.	Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza AMA, Rodrigues TB.
5	O Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: uma Experiência Didática no Currículo de Medicina.	Relatar Experiência Exitosa com simulação sobre tanatologia e cuidados paliativos.	Descritivo	Revista Brasileira de Educação Médica; 2013.	Figueiredo MGMCA, Stano RCMT.
6	Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Perspectiva dos Profissionais de Saúde	Identificar como são compreendidos e realizados os Cuidados Paliativos na Atenção Primária a Saúde.	Descritivo Exploratório	Boletim Academia Paulista de Psicologia; 2019.	Côbo VA, Fabbro ALD, Parreira ACSP et al.
7	Ethics and Palliative Care: What do physicians know about it?	Conhecer os preceitos éticos nos cuidados paliativos pelos médicos.	Epidemiológico Transversal Quantitativo	Revista Bioética; 2013.	Brugugnolli ID, Gonsaga RAT, Silva EM.
8	Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas.	Identificar pacientes em cuidados paliativos atendidos na Atenção Primária a Saúde.	Qualitativo	Revista Bioética; 2015.	Souza HL, Zoboli ELCP, PAZ CRP et al.
9	New demands for primary health care in Brazil: palliative care.	Avaliar e Discutir a incorporação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária a Saúde.	Descritivo	Investigación y Educación em Enfermería; 2016.	Paz CRP, Pessalacia JDR, Zoboli ELCP et al.

10	Identifying Patients for Palliative Care in Primary Care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's Experience.	Descrever como o paciente é identificado para os cuidados paliativos.	Descritivo	Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade; 2014.	Corrêa SR, Mazuko C, Mitchell G et al
11	Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório.	Identificar pacientes com indicação de CP na Estratégia Saúde da Família (ESF); Quantificar o número desses pacientes no território de uma Unidade Básica de Saúde (UBS); Descrever suas características clínicas e sociodemográficas.	Exploratório Transversal	Cadernos de Saúde Coletiva; 2016.	Marcucci FCI, Perilla AB, Brun MM et al.
12	Cuidados paliativos no Fim da Vida.	Proporcionar um conhecimento sobre a história e conceitos acerca dos CP; Oferecer informações sobre programas e políticas públicas do Sistema Único de Saúde.	Exploratória	Psicologia Ciência e Profissão; 2019.	Alves RSF, Cunha ECN, Santos GC et al.

Autoria: Elaboração Própria

Nos artigos incluídos nesta revisão quatro categorias temáticas foram encontradas como dificuldades para a realização dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária a Saúde (Figura 1).

Figura 1 – Categorias encontradas nos artigos analisados.



Fonte: Elaboração Própria

Categoria I – Despreparo emocional e acadêmico dos profissionais de saúde diante do tema morte.

Dos artigos analisados, sete (58,3%) emergiram para esta categoria, o que evidencia que umas das grandes dificuldades para este modelo de atenção são questões emocionais e de formação. Nesta categoria, os profissionais que atuam na ESF relataram dificuldades com CPs e o tema morte devido ao despreparo emocional e acadêmico em decorrência da formação insuficiente sobre este tema durante a graduação, o que reflete na dificuldade em lidar com o processo de morrer e a comunicação de más notícias¹².

Os profissionais acreditam que a morte é solitária e deprimente, mesmo os que relataram ter tido alguma formação sobre o assunto, dizem que há uma certa rigidez demonstrando que o problema está enraizado na forma como a sociedade lida com a morte^{13,14}.

Com uma formação técnica fundamentada no paradigma da cura, o profissional de saúde se sente vulnerável com a ocorrência da morte. Por não serem preparados desde a graduação, percebe-se uma limitação emocional ao lidar com este assunto ou com a impossibilidade de cura¹⁵.

No Brasil, há um número pequeno de instituições de ensino que contemplam em sua grade curricular as disciplinas de tanatologia e cuidados paliativos, e mesmo as que oferecem, referem dificuldades em

sensibilizar o aluno sobre o tema, seja pela carga-horária diminuta, pela inviabilidade de treinamento prático do aluno em situações reais, ou até mesmo pela ideia de que a morte do paciente é um demérito ao médico¹⁶.

Em um estudo realizado que teve como objetivo descrever a percepção e realização dos CPs com 13 profissionais que atuavam na APS, todos os entrevistados relataram não possuir formação específica na área de cuidados paliativos e que ouviram em algum momento em palestras ou cursos sobre o tema. Entretanto, 10 participantes (77%) disseram que em algum momento de sua atividade profissional na APS realizaram algum tipo de CP. O conhecimento desses profissionais foi adquirido através das experiências práticas do cotidiano e nem sempre amparados em base teórica¹⁷.

Em outro estudo realizado com 77 profissionais de um corpo clínico de um hospital universitário, 36 participantes (47,45%) relataram ter conhecimento suficiente sobre cuidados paliativos, porém ao serem questionados sobre a definição correta do termo, apenas 2 (2,62%) souberam responder corretamente, enquanto a maioria dos participantes (n=45; 59,25%) associou cuidados paliativos ao alívio de sintomas físicos.

Categoria II – Falta de suporte disponibilizados na prática aos profissionais, pacientes e seus familiares

Nesta categoria dois artigos analisados (16,7%) demonstram que a dificuldade para os CPs na APS está relacionada a falta de apoio para os profissionais prestarem este tipo de atendimento aos pacientes e familiares.

Profissionais de saúde que trabalham na APS alegam falta de suporte especializado, além de problemas relacionados a organização e ao acesso dos pacientes a este atendimento, desarticulação da rede de serviços de atenção à saúde no território dificultando o acesso dos pacientes aos serviços de emergências para atendimento fora do horário de funcionamento das ESF. A sobrecarga de trabalho dos profissionais da APS impede que haja uma flexibilização de horários caso haja necessidade de atendimentos para esses pacientes¹².

Outro fator relatado é a falta de apoio formal ao paciente e seu cuidador na assistência domiciliar, o que gera sobrecarga familiar, falta de preparo e auxílio aos profissionais que atuam com estes pacientes, bem como a dificuldade da equipe de saúde em manter uma comunicação franca e honesta com a família, motivada muitas vezes pela negação da doença por parte dos pacientes e familiares^{12,19}.

Categoria III – Dificuldades na realização do diagnóstico e falta de informação para inclusão dos pacientes nos cuidados

paliativos.

Nesta categoria dois artigos (16,7%) evidenciaram a dificuldade a realização do diagnóstico para inclusão em CPs e a falta de informação de outras unidades de saúde para as equipes da APS.

Estas equipes de saúde enfrentam desafios relacionados a falta de diagnósticos e encaminhamentos para inclusão dos pacientes e familiares nos CPs, bem como a falta de compartilhamento e comunicação com outras equipes ambulatoriais e hospitalares sobre o tratamento e cuidados dispensados a estes pacientes e familiares¹⁵.

Os registros desatualizados e incompletos do sistema de informação prejudicam a identificação desses pacientes, bem como a dificuldade no diagnóstico da “terminalidade” levando ao uso de intervenções prolongadas em prejuízo de condutas para alívio do sofrimento²⁰.

Ao diagnosticar o paciente em CPs há uma descontinuidade do tratamento, pois com essa transição de cuidados curativos para paliativos há um abandono desses pacientes e de seus familiares²⁰, além da falta de preparo dos próprios hospitais sobre CPs, pois não possuem diretrizes e protocolos de como cuidar desses pacientes¹⁵.

Atualmente, há instrumentos que auxiliam na identificação de indivíduos com indicação para CPs, como a Escala de Performance de *Karnofsky* - *KPS*, que avalia o grau de capacidade e dependência

funcional e a *Palliative Care Screening Toll* - PCST, que além da capacidade funcional associa outras condições que podem indicar a necessidade de CPs.

Ainda assim, há inúmeras dificuldades e barreiras para a identificação desses pacientes: falta de estratégias e planos de ações bem estabelecidos no país; falta de conhecimento e capacitação da equipe; e falta de estudos de grande impacto acerca do assunto^{21,22}.

Categoria IV - Falta de planejamento da gestão em saúde e de políticas direcionadas a Cuidados Paliativos.

Nesta última categoria, um artigo (8,3%) se referiu a problemas de falta de planejamento da gestão em saúde e de políticas específicas para cuidados paliativos²².

O programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família podem ser preparados para incorporar a assistência de CPs. Eles seriam fundamentais para promover um melhor acolhimento, cuidado e identificação dos pacientes e seus familiares por saberem de suas necessidades e já terem um vínculo afetivo²⁰.

O Programa Melhor em Casa foi criado em 2013 para realização da atenção domiciliar para aqueles que não conseguem ou apresentam dificuldades em se deslocar para uma unidade de saúde. Um dos objetivos

desse programa é a inclusão dos cuidados paliativos. Porém, as atividades que tangem os CPs ainda precisam ser reguladas em forma de lei. Um dos grandes problemas que atrapalham na disseminação dos CPs é o entendimento e o reconhecimento desse tema para a população brasileira, especialmente para os profissionais da Saúde, haja visto que ainda existe um grande preconceito e desinteresse sobre o assunto⁸.

Em 2002, foi criado o Programa Nacional de Assistência à Dor e aos Cuidados Paliativos (Portaria n° 19/GM/2002) que promove educação sobre os cuidados paliativos e a cultura assistencial da dor para profissionais da Saúde e comunidade, porém são poucas faculdades que abordam o assunto de forma curricular e há poucos profissionais da saúde especializados em CPs. Além da dificuldade de entendimento, a falta de uma regulamentação por lei não cria um monitoramento e controle dos pacientes, especialmente a falta de uma estratégia específica na Rede de Atenção Básica^{7,23}.

Conclusão

A realização do cuidado paliativo pela atenção primária esbarra em dificuldades relacionadas aos profissionais que atuam nestes serviços, como, por exemplo, despreparo emocional e acadêmico, falta de suporte e auxílio para o trabalho, e dificuldade em se diagnosticar e incluir

pacientes nesta modalidade de atenção.

A falta de informação de outros serviços, bem como a falta de gestão em saúde e políticas públicas relacionadas a cuidados paliativos também corroboram para dificultar os atendimentos nesta área.

Há uma carência de políticas efetivas direcionadas para essa modalidade, além de um melhor planejamento na gestão da saúde para que um número maior de pacientes possa ter apoio domiciliar formal e, dessa forma, ter o direito de um cuidado integral, estendendo para seus familiares.

As políticas públicas são recentes e pouco articuladas e deveriam ser mais estruturadas com a Estratégia Saúde da Família, além de uma regulamentação por lei para obter um monitoramento e melhor controle dos pacientes.

Há ainda a necessidade de estímulos e uma divulgação mais ampla sobre CPs para que haja mais qualificação e interesse e, assim, um melhor preparo de profissionais da saúde para lidar com a morte e promover um cuidado integral e paliativo aos pacientes.

Referências

1. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos da ANCP. 2ª ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012.
2. Clark D. From margins to center: a review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology* [Internet]. 2007 [cited 2020 mai 21]; 8(5): 430-8. Available from: <https://www.thelancet.com/journals/lanonc/a>

[rticle/PIIS1470-2045\(07\)70138-9/fulltext](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70138-9/fulltext)
DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70138-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70138-9)

3. World Health Organization. Definition of palliative care. [Internet]. 2007 [cited 2019 jul 19]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

4. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2019 jul 20]; 18(9):2577-88. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900012&script=sci_abstract&lng=pt DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>.

5. World Health Organization. Palliative Care. [Internet]. 2018 [cited 2020 mai 22]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>

6. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC, eds. World Health Organization (WHO): Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. [Internet] 2014 [cited 2020 mai 22]. Available from: <https://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>

7. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, et al. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. 1ª ed. Houston: IAHP Press; [Internet]. 2012 [cited 22 mai. 2020]. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/1/Atlas%20Portugues.pdf>

8. Rodrigues LF. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº

963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

10. Atty ATM, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [cited 2020 mai 20]; 42(116):225-36.

Available:

<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42n116/225-236>

11. Gusso G, Lopes JMC.(org) *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

12. Silva MLSR. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. *Rev. bras. med. fam. Comunidade* [Internet]. 2014[cited 2020 mai 23]; 9(30):45-53. Available from:

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/718/0> DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)718](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(30)718).

13. Neto Sombra LL, Silva VLLS, Lima CDC, et al. Habilidade de Comunicação de Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado?. *Rev. bras. Educ. méd* [Internet] 2017 [cited 2002 mai 21]; 41(2): 260-8. Available from:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010055022017000200260&lng=en&nrm=iso&tlng=pt DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160063>

14. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica*. [Internet]. 2019 [cited 2020 mai 21]; 43(3):62-72. Available from:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000300062&tlng=pt DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180172>

15. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza

AMS, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet] 2013 [cited 2020 mai 21]; 18(9):2615-23. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a16.pdf>

16. Figueiredo MGMCA, Stano RCMT. O Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: uma Experiência Didática no Currículo de Medicina. *Rev. bras. Educ. méd*. [Internet]. 2013 [cited 2020 mai 20]; 37(2):298-307. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200019

17. Côbo VA, Fabbro ALD, Parreira ACSP, Pardi F. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Bol. Acad. Paul. Psicol*. [Internet] 2019. [cited 2020 mai 21] 39(97):225-35. Available from:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200008&lng=pt&tlng=pt.

18. Brugugnolli ID, Gonsaga RAT, Silva EM. Ethics and Palliative Care: What do physicians know about it?. *Rev. bioét* [Internet] 2013. [cited 2020 mai 21]; 21(3):477-85. Available from:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422013000300012&script=sci_arttext DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300012>

19. Souza HL, Zoboli ELCP, Paz CRP, et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. *Rev. bioétic*. [Internet] 2015. [cited 2020 mai 21]; 23(2):349-59. Available from:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422015000200349&script=sci_abstract&tlng=pt DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232074>.

20. Paz CRP, Pessalacia JDR, Zoboli ELCP, Souza HL, Granja GF, Schweitzer MC. New

demands for primary health care in Brazil: palliative care. *Invest Educ Enferm* [Internet] 2016 [cited 2020 mai 21]; 34(1): 46-57. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072016000100006 DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a06>

21. Corrêa SR, Mazuko C, et al. Identifying Patients for Palliative Care in Primary Care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's Experience. *Rev. bras. med. fam. Comunidade*. [Internet] 2017 [cited 2020 mai 21]; 12(39):1-8. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1507> DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1507](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1507)

22. Marcucci FCI, Perilla AB, Brun MM, Cabrera MAS. Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2016 [cited 2020 mai 21]; 24(2):145-52. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-145.pdf> DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020012>.

23. Alves RSF, Cunha ECN, Santos GC, Melo MO. Cuidados paliativos no Fim da Vida. *Psicol. ciênc. prof.* [Internet]. 2019 [cited 2020 mai 21]; 39(e185734):1-15. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003185734>

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às antigas diretorias e conselhos do Departamento Científico Benedicto Montenegro (DCBM) pelo apoio e inspiração na história da nossa querida FMT, os quais passaram seus conhecimentos e experiência ao longo das gerações. Principalmente, ao conselho da Gestão 2023-2024: Dr. Caliel Ribeiro (T57), Dra. Clara Gheler (T57), Lara Polzatto (T58), Manoela Guerreiro (T59), Mariana Teixeira (T59), Ana Júlia Mendonça (T60), Bárbara Fernandes (T60), Eugênia Simões (T60), Giovanna Mazzucca (T61), Maria Eduarda Pazini (T61), Laura França (T62), Martina Mafia (T62), Polyana Guedes (T62).

Um agradecimento em especial às antigas diretoras científicas do DCBM: Dra. Bianca Bettin (T56) - Diretora Científica na Gestão 2019/20, e Ana Júlia Mendonça (T60) - Diretora Científica na Gestão 2021/22 as quais sonharam junto com a Diretoria Científica da Gestão 2023/24 – Gabriel Brandão (T63), Luana Avelaneda (T63), Victoria Marcon (T64) –, para concretizar o lançamento da Revista de Saúde Universitária de Taubaté (RESUT).

Por fim, agradecemos especialmente aos antigos, atuais e futuros membros do Departamento Científico Benedicto Montenegro por manter a tradição de sempre e tornar o órgão um motivo de orgulho cada vez mais.

“Respeito, Persistência e União é o que nos guia para o sucesso”

Gestão 2023/24 DCBM

REVISTA DE SAÚDE UNIVERSITÁRIA DE TAUBATÉ

A RESUT se dispõe a publicar trabalhos científicos da área da saúde permitindo maior difusão e integração dos dados e conectando profissionais e acadêmicos da área da saúde em geral.



FACULDADE DE MEDICINA DE TAUBATÉ



DEPARTAMENTO CIENTÍFICO BENEDICTO MONTENEGRO

AV. TIRADENTES, 500 – TAUBATÉ-SP – BRASIL

DCBM (dcbmonline.com.br)

RESUT

REVISTA DE SAÚDE UNIVERSITÁRIA DE TAUBATÉ

SOBRE O DCBM:

O Departamento Científico Benedito Montenegro, fundado em 2007, é o órgão da Faculdade de Medicina de Taubaté (FMT) responsável por manter e promover os pilares fundamentais da Universidade de Taubaté no curso de Medicina: Educação, Pesquisa e Extensão.

Atualmente, o D.C.B.M. conta com 32 ligas acadêmicas em diversas áreas da medicina, além de uma equipe de 23 gestores, compostos pelos alunos da própria FMT, que atua de forma integrada na coordenação de atividades, gestão de projetos e fortalecimento do ensino médico.

Esses alunos dedicam-se a assegurar a qualidade e inovação no aprendizado dos alunos, promovendo a articulação entre as ligas e incentivando a realização de pesquisas e iniciativas de extensão, sempre com foco na excelência da formação médica.

