



Controle de sintomas em pacientes oncológicos: eterno desafio

O ALÍVIO DOS SINTOMAS CAUSADOS PELAS MAIS DIVERSAS DOENÇAS TEM SIDO O PRINCIPAL OBJETIVO DOS MÉDICOS DESDE OS PRIMÓRDIOS DA ciência médica. Para os mesopotâmios, 5,5 mil anos atrás, o paciente era um campo de batalha, onde forças do Mal o faziam sofrer e forças do Bem tentavam curá-lo, com a ajuda de qualquer um que acreditasse ser médico. Um conselho, um ritual, uma infusão de ervas ou mesmo uma mão estendida eram considerados tratamentos aceitáveis, desde que ajudassem a minimizar o sofrimento. Na Grécia Antiga, Asclepius, deus da medicina, preconizava que o papel essencial dos médicos era o alívio da solidão dos pacientes, que precisavam ser reconduzidos ao convívio humano.

O uso da razão na medicina, preconizado por Hipócrates, mudou os rumos da própria medicina e a relação entre médicos e seus pacientes. Novos métodos diagnósticos e modernas abordagens terapêuticas trouxeram melhores resultados e mais chances de cura, e têm sido usados como substitutos para as antigas longas e detalhadas consultas médicas. No entanto, há algumas áreas e situações na medicina em que somos capazes de experimentar as mesmas angústias que nos foram descritas pelos mesopotâmios. A oncologia clínica é uma dessas áreas. Apesar dos nossos esforços e dos avanços das estratégias contra o câncer, infelizmente a morte ainda é o desfecho final em grande parte dos casos e, o que é ainda pior, está frequentemente atrelada a grande sofrimento físico, psicológico e espiritual.

O impulso de ajudar quem sofre é tão humano quanto o amor e o ódio e tão antigo quanto a própria humanidade. A medicina paliativa como a conhecemos hoje é apenas um método bem organizado e cientificamente embasado que dá forma a tal sentimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidado paliativo (CP) é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. A OMS ressalta ainda a necessidade da identificação precoce, avaliação e tratamento im-

pecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

O alívio de sintomas físicos, psicológicos e espirituais pode ser alcançado em até 90% dos pacientes com câncer avançado através da abordagem paliativa multiprofissional. A base multidisciplinar que caracteriza a medicina paliativa justifica-se pela grande complexidade dos sintomas abordados, além do reconhecimento da influência que os aspectos não físicos exercem sobre a intensidade do quadro clínico.

Os sintomas mais frequentemente relatados por pacientes com câncer avançado são dor (64%), anorexia (34%), constipação intestinal (32%), fadiga (32%) e dispneia (31%). Vale ressaltar, no entanto, que temos poucos dados nacionais a esse respeito. É possível que tais dados estejam subestimados, e que sintomas como confusão mental, obstrução intestinal maligna, depressão e até mesmo disfunção familiar sejam bem mais comuns do que se estima. Embora a dor seja o sintoma mais frequente, não será abordada neste momento, pois seu manejo já foi tema de artigo publicado neste periódico em edição anterior. Assim, foram selecionados quatro dos sintomas mais prevalentes em pacientes oncológicos, cujo impacto na qualidade de vida é intenso e cujo tratamento é frequente desafiador para o médico não especialista.

Dispneia

O primeiro passo diante do paciente que se queixa de dispneia é a identificação de suas prováveis causas. As causas mais frequentes do sintoma no paciente oncológico são o comprometimento da função pulmonar pela própria neoplasia, derrame pleural, infecção, anemia, caquexia e comorbidades, como insuficiência cardíaca e enfisema pulmonar. A etiologia é comumente multifatorial, e portanto o tratamento adequado pode envolver a combinação de estratégias. A correção das causas identificadas deve ser priorizada, sempre que possível. Medidas como toracocentese, hemotransfusão, antibioticoterapia e radioterapia podem ser de grande valia para o controle do quadro.

Divulgação



Ana Lucia Coradazzi

* Médica oncologista clínica do Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP; coordenadora da Unidade de Controle da Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP

Contato: ana.coradazzi@terra.com.br

Juliana dos Santos de Oliveira

* Médica oncologista clínica do Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP; médica assistente da Unidade de Controle da Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP

Independentemente da etiologia, medidas gerais podem ser instituídas imediatamente, visando o alívio rápido do sintoma. As ações de maior impacto estão descritas no Quadro 1.

O impacto da dispneia sobre cada paciente é extremamente variável. Pacientes com doenças pulmonares obstrutivas crônicas, que têm a capacidade pulmonar já limitada, podem ser menos afetados que pacientes cuja função pulmonar anterior era normal. É de grande importância o esclarecimento das dúvidas e preocupações do paciente e dos familiares sobre as possíveis causas e evolução provável do quadro. Essa medida é capaz de reduzir significativamente o componente de ansiedade da dispneia, além de promover a colaboração da família no controle do quadro. Ações não medicamentosas também podem ter benefício importante, como técnicas de relaxamento, manter as janelas abertas, uso de ventiladores, redução da atividade física, entre outras. Em pacientes cujo sintoma não pode ser controlado adequadamente com medidas clínicas e cujo prognóstico é reservado, deve-se considerar a indicação de sedação terminal.

Síndrome Anorexia-Caquexia (SAC)

Grande parte dos pacientes com neoplasias avançadas apresenta perda involuntária de peso (caquexia) e redução do apetite (anorexia). O diagnóstico da SAC deve ser considerado quando há perda de peso > 5% em 6 meses, perda significativa do apetite (≥ 3 numa escala visual de 1 a 10) e redução $\geq 75\%$ da ingesta nutricional. A SAC é causada por alterações metabólicas induzidas pelo tumor, causando lipólise e proteólise severas,

que resultam em perda tanto de tecido adiposo quanto de musculatura esquelética. O quadro clínico resultante inclui redução da atividade física, disfunções psicológicas e sociais no paciente e na família e sintomas físicos como náuseas, saciedade precoce e intensa fadiga.

O primeiro passo na abordagem da SAC é o esclarecimento para o paciente e seus familiares de que o quadro não é consequência da vontade do paciente, e sim da atividade da doença, e que sua reversão é improvável. Tal entendimento facilita o processo de tomada de decisões, evita procedimentos invasivos desnecessários e permite um planejamento terapêutico realista.

A identificação de causas possivelmente reversíveis deve ser criteriosa, corrigindo-se as que forem possíveis, entre elas: xerostomia, mucosite, constipação intestinal, depressão, dor mal controlada, náuseas/vômitos, disfunção tireoidiana, hipercalcemia.

As estratégias clínicas de tratamento da SAC envolvem medicamentos, intervenções nutricionais e acompanhamento psicológico. O número de estudos clínicos prospectivos confiáveis é restrito e, embora existam vários protocolos de pesquisa em andamento, as opções medicamentosas consideradas eficazes ainda são poucas (Quadro 2).

A indicação de nutrição enteral ou parenteral deve ser restrita a casos selecionados, como neoplasias obstrutivas do trato gastrointestinal, por exemplo, ou nos quais há expectativa real de controle da neoplasia através do tratamento oncológico, com expectativa de vida de pelo menos algumas semanas. Em pacientes em fase muito avançada da doença, sem possibilidades terapêuticas específicas, o suporte

Quadro 1: Medidas clínicas para o manejo da dispneia

Opióides de curta duração em baixas doses	Diminuem a sensação de dispneia. Iniciar com sulfato de morfina 5 mg via oral ou 2 mg via endovenosa a cada 4 horas.
Nebulização com solução salina	Embora sem efeito na função pulmonar, inalações com solução salina 0,9% 5 ml podem aliviar a sensação de falta de ar.
Ansiolíticos	Podem auxiliar quando há componente significativo de ansiedade exacerbando o quadro clínico. Iniciar diazepam 2,5-5 mg via oral a cada 8 horas ou lorazepam 0,5-1 mg via oral a cada 12 horas.
Broncodilatadores inalatórios	Podem auxiliar se houver broncoespasmo associado. Iniciar salbutamol 2,5-5 mg até a cada 2 horas.
Corticosteróides	Úteis nos casos em que há linfangite ou broncoespasmos. Iniciar dexametasona 8 mg via oral ou endovenosa pela manhã. Se a medida for eficaz, reduzir lentamente a dose na semana subsequente até atingir a dose mínima eficaz (em geral 2-6 mg/dia). Considerar o uso de protetor gástrico profilático.
Oxigenoterapia	Tem papel limitado na dispneia associada ao câncer de pulmão avançado, mas, se houver hipoxemia importante à oximetria de pulso, a manutenção de oxigênio entre 2 e 4 litros/minuto pode trazer benefício.
Diuréticos	Podem ser utilizados quando há componente de edema pulmonar. Iniciar furosemida 20 mg via endovenosa a cada 15-30 minutos até a melhora dos sintomas.

O “toque mágico humano”, na verdade, resume-se ao esmero com que o médico avalia e se comunica com seu paciente, pois esse é o ponto de partida para identificar suas necessidades e proporcionar a ele as condições para supri-las.”

nutricional artificial não é capaz de reverter a SAC ou aumentar a sobrevida, estando inclusive associado a complicações como sobrecarga hídrica, infecções e até mesmo aumento da mortalidade.

Confusão mental ou delirium

Delirium ou estado confusional agudo é definido como síndrome cerebral orgânica transitória caracterizada por instalação aguda de distúrbio de atenção e cognição, acompanhada de alterações do comportamento psicomotor. Acomete cerca de 40% dos pacientes com diagnóstico de câncer em fase avançada da doença, sendo ainda mais frequente nos dias e nas horas que antecedem o óbito.

Suas manifestações clínicas incluem: déficit de concentração, diminuição da memória para fatos recentes, desorientação, ideias paranoides, alucinações (linguagem incoerente), inquietude (sonolência e/ou aumento da atividade motora) e comportamento agressivo. O uso de testes cognitivos, como o minimal, pode contribuir para o diagnóstico clínico, embora sua aplicação não seja imprescindível.

A etiologia do delirium é quase sempre multifatorial, e sintomas como dor, constipação e retenção urinária podem agravar o quadro. Na abordagem inicial do paciente com delirium devemos sempre identificar causas reversíveis, tais como anemia, desidratação, infecção, hipercalcemia, hipo ou hipernatremia, insuficiências renal ou hepática, intoxicação por opioides, hipoxemia, uso de corticosteroides, síndrome de abstinência (álcool e nicotina são as mais frequentes), depressão/ansiedade, metástases cerebrais, entre outras. Os exames complementares devem ser solicitados conforme a suspeita clínica do paciente. Uma vez identificada uma causa orgânica específica, deve-se proceder às medidas

terapêuticas adequadas para a sua correção. Simultaneamente, no entanto, podem-se adotar medidas gerais que têm grande utilidade a todos os pacientes com transtornos confusionais, descritas nos quadros 3 e 4.

É importante reavaliar o paciente a cada 24-48 horas, preferencialmente através dos testes cognitivos e/ou exames pertinentes, até que o quadro confusional se resolva ou estabilize. Vale ressaltar que alguns quadros de delirium estão associados às horas finais de vida, sendo portanto irreversíveis. Nesses casos, pode ser necessária a instituição de sedação terminal.

Obstrução intestinal maligna

A obstrução intestinal em pacientes oncológicos frequentemente representa progressão da neoplasia, sendo considerada um indicio de incurabilidade. Esse fato deve ser levado em conta durante a tomada de decisões terapêuticas, sendo o manejo do quadro distinto das obstruções intestinais em pacientes previamente hígidos. Ocorre em cerca de 3% dos tumores avançados. Em neoplasias ovarianas e colorretais, no entanto, a incidência pode chegar a 42% e 28%, respectivamente.

A obstrução pode ser parcial ou completa, única ou múltipla, transitória ou persistente. Em geral há vários mecanismos envolvidos em sua fisiopatologia, desde obstrução mecânica pela própria neoplasia, aderências pós-cirúrgicas ou actínicas, impactação fecal, distúrbios eletrolíticos ou mesmo causas não relacionadas ao câncer, como drogas (opíoides) e doença inflamatória intestinal. Em pacientes oncológicos, raramente o quadro é de instalação aguda, sendo frequente história de constipação intermitente

Quadro 2: Terapia Farmacológica da Síndrome Anorexia-Caquexia

Acetato de megestrol	É capaz de promover aumento do apetite e da ingesta calórica, embora por mecanismos pouco claros. Iniciar com 160 mg via oral/dia e aumentar até um máximo de 1.280 mg, a depender da resposta clínica e da toxicidade (especialmente eventos tromboembólicos). A dose eficaz média é de 800 mg/dia.
Corticosteroides	Podem reduzir a inapetência e promover sensação de bem-estar, mas apenas por curtos períodos de tempo (de uma a quatro semanas). O uso a longo prazo pode piorar a caquexia devido a perda muscular e resistência a insulina. Considerar dexametasona 4-16 mg/dia por duas semanas para pacientes aos quais se deseja aumento rápido do apetite e melhora da qualidade de vida por poucas semanas.

ou quadros obstrutivos prévios.

A história médica é a ferramenta diagnóstica mais importante, uma vez que identifica facilmente as causas mais prováveis de obstrução (uso de medicamentos, cirurgias/radioterapia prévias em abdome, hábito intestinal, sinais de infecção etc.). Associada ao exame físico, é capaz de definir o diagnóstico etiológico na grande maioria dos casos. Quando necessário, podem ser solicitados radiografia simples do abdome, perfil bioquímico e tomografia computadorizada (especialmente quando a conduta cirúrgica é uma opção).

A obstrução intestinal maligna associa-se a altas taxas de morbidade e mortalidade, independentemente de sua etiologia, sendo essencial a avaliação criteriosa do prognóstico essencial para o processo decisório, do qual devem participar o paciente e a família. A mortalidade cirúrgica (dentro de 30 dias) chega a 40% em pacientes com câncer avançado, e o índice de complicações cirúrgicas chega a 90%. Além disso, não há diferenças em termos de sobrevida após alta hospitalar se compararmos pacientes submetidos a cirurgia com pacientes tratados clinicamente. Existem indicadores prognósticos de baixa probabilidade de benefício

clínico com a cirurgia, sendo os mais importantes disfunção da motilidade intestinal por carcinomatose peritoneal difusa, ascite com paracenteses de repetição, massas abdominais palpáveis difusas ou envolvimento hepático, laparotomia recente sem sucesso e envolvimento gástrico proximal. Os índices de mortalidade cirúrgica também aumentam significativamente em pacientes acima de 70 anos e em portadores de neoplasias ginecológicas e pancreatobiliares.

O manejo clínico multidisciplinar é uma alternativa viável ao clássico “jejum, hidratação endovenosa, sonda nasogástrica e RX seriados”. A hidratação parenteral, embora diminua a toxicidade a drogas e evite quadros de desidratação com confusão mental, não aumenta a sobrevida e pode promover o aumento das secreções e retenção hídrica. Assim, sua indicação deve ser discutida criteriosamente. Em quadros de vômitos irreversíveis em pacientes terminais, manter o paciente hipohidratado pode contribuir significativamente para a melhora do quadro. Pequenas ações podem contribuir para o conforto do paciente obstruído, como hidratação da boca (limpeza oral, cubos de gelo, pequenos goles de água a intervalos regulares) e o estímulo à ingestão de

Quadro 3: Medidas clínicas gerais para o manejo do delírium

Não prescrever as medidas apenas “se necessário”. É importante manter as medicações a intervalos regulares até a estabilização das causas de base.

Nunca restringir o paciente ao leito com amarras ou outros procedimentos, que podem feri-lo e aumentam o estresse familiar.

Excluídas outras causas de insônia, como medo, barulho, ambiente pouco familiar, dor mal controlada, nictúria e uso de psicoestimulantes e corticosteróides, prescrever sedação noturna.

Esclarecer a família sobre as causas do quadro, o seu caráter frequentemente temporário e as chances de resolução.

Tornar o ambiente mais familiar ao paciente, com objetos de uso pessoal que ele reconheça facilmente, relógios, calendários, programas de televisão a que esteja habituado etc. Restringir a equipe de enfermagem ao menor número possível.

Quadro 4: Medidas medicamentosas para o manejo do delírium

Confusão mental leve a moderada, sem necessidade de sedação

Antipsicóticos não sedativos, como haloperidol 1,5-3 mg VO ou SC, uma a duas vezes ao dia, ou risperidona 0,5-1 mg VO a cada 12h. Obs.: em idosos, iniciar haloperidol 0,5-1 mg VO ou SC de uma a duas vezes ao dia.

Confusão mental associada a agitação leve a moderada, com necessidade de sedação

Antipsicóticos sedativos, como levomepromazina 25 a 50 mg SC ou VO ao dia. Obs.: em idosos, iniciar levomepromazina 12,5-25 mg VO ou SC ao dia.

Agitação severa, comportamento agressivo, com riscos para o paciente e outros

Haloperidol 5 mg SC ou IM, associado ou não a lorazepam 1-2 mg VO, a cada 20 a 30 minutos. Obs.: em idosos, iniciar com metade das doses.

Abstinência alcoólica ou por nicotina, ou quadros confusionais associados a ansiedade severa

Iniciar benzodiazepínicos, como diazepam 5 mg VO 8/8 horas ou lorazepam 2 mg VO 12/12 h.

pequenas porções de alimentos, visando a reintegração social do paciente.

A nutrição parenteral pode ser indicada em casos nos quais há possibilidade real de melhora da qualidade de vida, com expectativa de vida de meses a anos. Sua indicação para pacientes nas últimas semanas de vida não aumenta a sobrevida e associa-se a complicações como infecções, pneumonias aspirativas, lesões nasais e esofágicas e confusão mental.

O tratamento medicamentoso deve ser administrado preferencialmente por via subcutânea, mas as vias retal, sublingual e transdérmica são também desejáveis. A via endovenosa deve ser evitada devido à dificuldade de acesso venoso na fase terminal, na qual os pacientes são frequentemente caquéticos, estão desidratados e os trajetos venosos são frágeis. O controle da dor abdominal é alcançado na quase totalidade dos casos. As náuseas e os vômitos podem ser significativamente minimizados, e sua ocorrência esporádica nessa situação é aceitável. As abordagens medicamentosas preconizadas estão descritas no Quadro 5.

A reavaliação contínua dos sintomas é fundamental, com reavaliação do nível de conforto do paciente e dos familiares, checagem das medidas administradas, prevenção de novas intercorrências e, se necessário, sedação terminal.

Considerações finais

Em pacientes oncológicos, os sintomas são frequentemente resultantes da interação dos aspectos físicos, espirituais e emocionais humanos. É com essas diversas facetas dos sintomas que as equipes multidisciplinares trabalham. Não é infrequente observarmos, por exemplo, a redução progressiva das doses de opioides em um paciente encaminhado à equipe com dor insuportável, após algumas semanas de acompanhamento psicológico, abordagem da terapia ocupacional e/ou atuação do fisioterapeuta.

O “toque mágico humano”, na verdade, resume-se ao esmero com que o médico avalia e se comunica com seu paciente, pois esse é o ponto de partida para identificar suas necessidades e proporcionar a ele as condições para supri-las. O controle adequado dos sintomas e a melhora da qualidade de vida surgem apenas como consequência desse primeiro ato. Em grande parte das situações, tudo o que o paciente deseja é ser devolvido ao convívio humano de forma digna, pelo tempo que lhe for possível. Satisfazer a esse desejo aparentemente simples envolve manter-se atento ao que o paciente diz, com suas palavras ou com seus atos, identificando suas expectativas, seus medos, suas mágoas, sua dor. Nesses momentos, não há grandes diferenças entre nós e os gregos antigos, em que tudo o que temos a oferecer é a velha mão estendida. Muitas vezes, a mão basta. ☘

Para saber



* Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I (eds). Oxford Handbook of Palliative Care, 1a ed. Oxford: Oxford University Press.

* Ripamonti C. Supportive Care in Cancer 1999, 7, 4:233-43.

* Lund B et al. Surg Gynecol Obstet 1989;169:213.

* Larson JE et al. Gynecol Oncol 1989;35:61.

* Ripamonti C et al. Int J Gynecol Cancer 2002;12:135.

* National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. Definitions of Supportive and Palliative Care 2002, London: NCHSPCS (Briefing Bulletin 11).

* NCCN guidelines, disponível em www.nccn.org/professionals/physician.

Quadro 5: Manejo medicamentoso da obstrução intestinal maligna

Controle da dor	Opioides são a primeira opção, desde que a obstrução não seja reversível e não seja secundária a íleo induzido por opioides. Iniciar com sulfato de morfina 2-5 mg SC 4/4h e aumentar 20% da dose diária a cada 24h. Antiespasmódicos como escopolamina 40-100 mg SC em 24h podem trazer benefícios.
Tentativa de vencer a obstrução	Redução do edema de parede intestinal: dexametasona 8-16 mg SC ou EV em 24h – se não houver benefícios em 3-5 dias, suspender. Estimular a motilidade intestinal: metoclopramida 30-120 mg SC em 24h (apenas se obstruções parciais, e na ausência de cólicas).
Controle dos sintomas	Náuseas: metoclopramida 60-240 mg SC em 24h; haloperidol 5-15 mg SC ao dia; dimenidrinato 50-100 mg SC s/n.
Constipação intestinal	Atuar apenas se for reversível e estiver contribuindo para o quadro; docusato VR pode ajudar; evitar enemas e laxativos estimulantes.
Obstrução persistente apesar das medidas anteriores, com sintomas importantes	Butilbrometo de escopolamina 40-100 MG SC infusão contínua em 24h. Octreotida 300-600 mcg SC infusão contínua SC em 24h. Sonda nasogástrica aberta (em último caso, para vômitos intoleráveis ou fecaloides).