

MESA REDONDA/ROUND TABLE

Cancro do pulmão — O doente terminal *

BÁRBARA PARENTE¹, FERNANDO JOSÉ BARATA², ISABEL GALRIÇA NETO³, AGOSTINHO COSTA⁴

INTRODUÇÃO

Barbara Parente

O Cancro do Pulmão é o cancro mais frequente em todo o Mundo. Com mais de que um milhão de novos casos/ano apresenta uma baixa taxa de cura com menos de 15 % de sobrevida aos 5 anos (Cancro do Pulmão de Não Pequenas Células), é hoje um grave problema de Saúde Pública, porque mesmo alguns doentes com bom controle local com Cirurgia

e ou Radioterapia recidivam muitas vezes. Por outro lado, o consumo do tabaco que não pára de subir no nosso país, bem assim o envelhecimento cada vez maior da população, fazem com que a incidência do cancro do pulmão tenha continuado a aumentar entre nós. Nenhum profissional de saúde pode ficar indiferente a este problema.

Pelas razões apontadas parece clara a necessidade da melhoria dos cuidados paliativos ao doente terminal, representando eles uma faixa muito grande do total dos casos diagnosticados /ano. Só no ano de

* XVIII Congresso de Pneumologia, Aveiro (02.11.06).

Mesa Redonda da responsabilidade da Comissão de Trabalho de Pneumologia Oncológica sob o tema «Cancro do Pulmão — O Doente Terminal» (*Moderador*: Renato Sotto-Mayor)

- 1 Coordenadora da Comissão de Trabalho de Pneumologia Oncológica; Assistente Hospital Graduada de Pneumologia - Unidade de Pneumologia Oncológica do Departamento de Pneumologia do CHVNGaia; Professora Auxiliar Convidada do ICBAS
- 2 Assistente Hospitalar Graduado; Unidade de Oncologia Pneumológica, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Coimbra
- 3 Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar; Médica de Cuidados Paliativos; Equipa de Cuidados Continuados, Centro de Saúde de Odivelas

Recebido para publicação: 02.07.08

2000 e em 9 Hospitais da Zona Norte do País foram diagnosticados 600 novos casos de Cancro do Pulmão em que apenas cerca de 10 % se encontravam em estadios cirúrgicos, o que numa forma simplista significa dizer que em mais de 500 novos casos a curto prazo alguém (que afinal somos todos nós, por direito expresso de cada doente), terá de contribuir com uma boa prestação de **Cuidados continuados Paliativos ao doente terminal**.

O Diagnóstico de doente terminal deverá ser efectuado tendo em conta algumas características fundamentais, nomeadamente:

Doença em estadio avançado, de carácter progressivo e incurável; não resposta ao tratamento específico; numerosos problemas ou sintomas intensos múltiplos e multifactoriais em permanente mudança; grande impacto emocional sobre o doente, família e equipa dos cuidados paliativos, em grande parte relacionado com a presença de “morte”; prognóstico de vida inferior a 6 meses (no caso explícito do cancro do pulmão, prognóstico de vida < a 3 meses).

Como características gerais dos cuidados paliativos, podemos dizer que “eles afirmam a vida mas consideram a morte como um fenómeno natural e como tal a não aceleram nem retardam”

Os **cuidados paliativos** são cuidados totais e activos aos doentes e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença já não responde ao tratamento curativo e a sua expectativa de vida é curta; os cuidados paliativos respondem às necessidades físicas, psicológicas sociais e espirituais e se necessário prolongam a sua acção até ao luto, concentram-se no doente e não na doença e o objectivo é proporcionar apoio ao doente nas últimas fases da sua doença, de forma que possa viver de modo tão activo e confortável quanto possível.

Realizou-se no dia 6 e Novembro de 2001 em Aveiro e durante o XVII Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Pneumologia uma Mesa Redonda da Comissão de Trabalho de Pneumologia Oncológica, moderada pelo Dr. Renato Sotto-Mayor subordinada ao tema – Cancro do pulmão **o doente terminal**; como palestrantes: Dr. Luís Portela (IPO

Lisboa) e o tema – **É a dor uma batalha vencida?***; Dr. Fernando Barata do Serviço de Pneumologia do CH Coimbra – Cuidados Continuados – **perspectiva hospitalar**, e a Dra Isabel Galriça Neto, do Centro de Saúde de Odivelas, ainda nos Cuidados Continuados – **a perspectiva do ambulatório**. Por fim, o Dr. Agostinho Costa, do Departamento de Pneumologia do H. P. Valente – **Como articular as Unidades de Internamento e de Ambulatório?**

A amplitude e gravidade do doente oncológico em termos de Saúde Pública é patente num documento apresentado pelo Conselho Nacional de Oncologia denominado “Plano Oncológico Nacional” com linhas de intervenção e acções prioritárias a desenvolver entre 2001-2005 na luta contra o cancro e cuja aprovação foi publicado no *Diário da República* – I série – B n.º 190 –17, de Agosto de 2001, podendo ler-se logo no capítulo I Introdução – objectivos estratégicos, ponto 6): “Dar continuidade aos cuidados paliativos na fase terminal da doença” e mais à frente o capítulo VIII dedicado por inteiro aos Cuidados paliativos.

Os objectivos da Mesa Redonda por um lado prendem-se com a problemática do controlo da dor e o reconhecimento hoje da sua **capacidade de controlo** na grande maioria dos casos e a consciência de que a **dor**, particularmente a dor crónica, é um problema multidimensional, com uma complexidade biológica psicológica e social que não cabe no âmbito de uma só especialidade e bem como o reconhecimento de que a dor deve ser adequadamente tratada nas Unidades da Dor, destacando-se nas técnicas de controlo da dor as técnicas farmacológicas conservadoras (analgésicos não opióides; opióides fracos; e opióides fortes), as técnicas farmacológicas invasivas que envolvem o uso de anestésicos locais e agentes neurolíticos para execução de bloqueios nervosos, com a intenção de interrupção da transmissão nervosa, bem como outras técnicas de uso menos frequente.

A luta contra a dor é actualmente uma das prioridades do programa da OMS de luta contra o cancro.

* Texto não fornecido.

Ter também em consideração que o tratamento da dor assenta em 3 pilares – o doente – o médico assistente – e a Unidade da Dor.

Dentro da **perspectiva hospitalar** considerar o internamento quando a dor é severa incapacitante e não controlada, quando existe um problema clínico grave associado à dor crónica e comorbilidades associadas ou efeitos laterais graves de outras terapêuticas específicas e ainda, como dizia a certa altura da sua comunicação a Dra Isabel Neto, quando é necessário dar um ou dois dias de “descanso aos familiares” do doente, já que os cuidados paliativos privilegiam o tratamento no domicílio. Passar os últimos dias de vida em casa deveria ser sempre que possível uma opção para o doente e família – o regresso ao domicílio aumenta a autonomia do doente e a sua autoestima, contudo este tratamento domiciliário terá de assentar não só na vontade do doente como também no ambiente familiar seguro, bem como na disponibilidade do médico de família e sintomas passíveis de serem controlados no domicílio.

Devemos sempre insistir que não é correcto dar alta a um doente internado sem que os seus sintomas mais desconfortáveis estejam controlados; por outro lado também é condição suficiente para internamento a impossibilidade de controlo dos mesmos no domicílio. Daí que uma boa articulação entre as Unidades de Internamento e ambulatório seja extremamente importante, assim com a interligação das equipas das Unidades da Dor – Internamento – e os médicos de família com as equipas dos cuidados Continuados.

Desejável no nosso país uniformizar algumas experiências “piloto” que dependem mais de boas vontades (quase) individuais do que de infra-estruturas existentes no acompanhamento ao doente oncológico, particularmente ao doente terminal, o que pressupõe pôr em execução o plano Oncológico Nacional.

Sendo um tema duma grande importância e actualidade compete a todos os médicos, e não apenas àqueles que trabalham na área oncológica, olhar para o doente oncológico com todo o respeito e reconhecer que no doente terminal “**os cuidados vão para além da cura**”. É nosso dever lutar para dar cada vez mais dignidade à vida e à morte do doente oncológico termi-

nal que deve manter até ao fim a qualidade de vida a que tem direito.

É necessário perceber que todos os doentes têm direito a uma assistência digna no fim da vida e que é dever de todos os sistemas de saúde promovê-la, devendo para tal proceder à formação de profissionais treinados nesta área, onde as carências são ainda grandes, quer no que diz respeito ao internamento, quer ao nível de ambulatório. Em qualquer circunstância ter presente que há sempre mais qualquer coisa que posso e devo fazer pelo meu doente, e terminaria com uma frase já notável: “**Curar às vezes, Consolar sempre**” – (Dra. Isabel Neto)

CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARES NO CANCRO DO PULMÃO

Fernando José Barata

A - Cuidados paliativos

Cuidados Paliativos definem-se como o conjunto de cuidados activos, totais e integrados prestados por uma equipa multidisciplinar, a pessoas e suas famílias que sofrem duma doença avançada, progressiva e incurável.

Têm como objectivo básico um controlo completo dos sintomas e sinais de sofrimento, o apoio emocional ao doente e família, na busca do bem-estar, da melhor qualidade de vida, de modo que a pessoa possa viver tão activa e confortável quanto possível.

Ocorrem temporalmente no momento em que a doença já não responde ao tratamento curativo e a expectativa de vida é curta.

Os cuidados paliativos não se esgotam no alívio dos sintomas mas procuram dar resposta a necessidades físicas, sociais e psicológicas da pessoa. Concentram-se na pessoa e não na doença.

Qualidade de vida é aquilo que cada um considera como tal.

Diz-se muitas vezes que o objectivo dos cuidados paliativos consiste na mais elevada qualidade de vida possível para o doente e sua família. A qualidade de vida está relacionada com o grau de satisfação sub-

jectiva que a pessoa sente pela vida e é muito influenciada por todas as dimensões da sua personalidade – física, social, psicológica e espiritual.

Existe qualidade de vida quando as aspirações de uma pessoa são atingidas e preenchidas pela sua situação actual. Existe pouca qualidade de vida quando há grandes divergências entre as aspirações e a actual situação.

Duma rede de Serviços Especializados em Cuidados Paliativos fará parte uma equipa especializada multidisciplinar, à base de enfermagem, de apoio domiciliário; centros de dia com apoio multidisciplinar; disponibilidade permanente de consulta médica; clínicas ou centros para tratamento ambulatorio; serviço de voluntariado para apoio domiciliário e, excepcionalmente, o internamento hospitalar.

É desejável por todos que o maior número de pessoas com necessidade de cuidados paliativos se mantenha em casa, no seu ambiente, na companhia dos seus familiares. Mas não podem estar aí ou ser para aí enviados sem se assegurar previamente que estão criadas no domicílio as condições para uma vida digna e com qualidade. Este período da vida carece, para cada um, habitualmente, de intimidade, de tranquilidade, de ternura, amor e carinho.

Um País, um Governo, um Povo que se preocupa com os seus concidadãos não deve no campo da Saúde e do Bem-Estar desconhecer ou minimizar os Cuidados Paliativos. Equipas especializadas em cuidados domiciliários devem ser formados e colaborar nos cuidados, aconselhando sobre o tratamento em estreita ligação com os cuidados primários de saúde. Centros de dia com condições humano-sanitárias mínimas devem ser criados e estar disponíveis para o apoio à pessoa e família daquele que precisa de cuidados paliativos. Uma equipa de voluntariado criativa e dinâmica deve associar-se no apoio a estas famílias.

Com bons serviços de apoio, bons cuidados domiciliários, a maioria das pessoas escolheria que os cuidados paliativos a que têm direito decorressem em casa e não num ambiente estranho de um lar ou numa estranha enfermaria dum hospital. Em Portugal, apesar de inicialmente toda a pessoa que necessita de cuidados paliativos expressar o desejo que tais cuidados sejam administrados no domicílio, muitas

pessoas e famílias mudam de opinião à medida que a doença progride. Consequência disso, mais de 60 % destes doentes vêm a falecer no hospital, metade na sequência de um internamento que se arrasta por falta de condições domiciliárias e a outra metade internada na semana que precede a morte por ausência de condições domiciliárias para a doença terminal.

Mas o Hospital é pouco receptivo a estes doentes: Para o Hospital

- ✓ O seu objectivo é diagnosticar, é tratar especificamente
- ✓ O seu objectivo é curar e menos cuidar.
- ✓ Estes doentes interferem com os habituais índices de produtividade.
- ✓ Obrigam a um crescente consumo de recursos.

Assim, estes doentes repartem o seu tempo entre o domicílio e frequentes viagens de ida e volta ao Serviço de Urgência.

Também muitos médicos, enfermeiros e outro pessoal de saúde são pouco receptivos a estes doentes. Sentem-se inseguros e muitas vezes incomodados. Dedicaram tempo e esforço a apreenderem e utilizarem terapêuticas eficazes e complexas com o objectivo do restabelecimento da normalidade fisiológica global da pessoa – a cura. Não foram formados e ensinados a identificar, avaliar e tratar adequadamente o doente paliativo. Muitas vezes entendem-no como um fracasso, isolam-no, separam-no e abandonam-no, antecipando a alta para a família sem se assegurarem da continuação dos cuidados.

Durante anos ignorou-se esta fase da vida das pessoas. Só há pouco se percebeu a importância do ‘cuidar’ e como esta actividade necessita de todos os profissionais, de um saber científico moderno e actualizado. A pessoa reclama, a sociedade exige hoje uma atenção e cuidados permanentes para estas pessoas.

B - Cuidados paliativos e cancro do pulmão

Neste final de século, o **cancro do pulmão** tornou-se no cancro mais frequente no homem e na mulher. Entre todos os tipos de tumores malignos é aquele

cuja incidência não pára de aumentar, independente da raça, condições sócio-económicas ou geográficas.

A incidência de cancro do pulmão continua a aumentar (0,5 % ao ano) em paralelo com o aumento de consumo de tabaco. Aproximadamente 85 % a 90 % de todos os indivíduos com cancro do pulmão têm uma história de exposição directa ao tabaco. O risco de cancro do pulmão aumenta com o número de cigarros consumidos; a idade precoce de início e a duração em anos dos hábitos tabágicos; o grau de inalação e conteúdo em nicotina do tabaco. Diminui na proporção do número de anos de cessação tabágica.

O aumento de consumo de tabaco é hoje particularmente notado entre as mulheres. Embora a taxa de incidência seja ainda inferior aos homens, o seu crescimento é alarmante. Não está previsto uma estabilização do crescimento a nível mundial antes de 2020.

Para um doente e família com cancro do pulmão, há dois momentos no curso da doença, de profunda complexidade, capazes de desencadear um conjunto de situações emocionais e psicológicas nunca comparáveis e de consequências distintas de doente para doente – o momento do diagnóstico e o momento do início da terapêutica paliativa. Cada pessoa e família vive estes momentos de forma diferente, influenciada pela sua cultura, pelas sua experiência prévia e da família, por conceitos espirituais e filosóficos, pelos cuidados de apoio e suporte que os rodeiam, etc.

Com o início da fase paliativa assistimos habitualmente no cancro do pulmão a uma degradação evidente e progressiva do estado geral; a uma multiplicidade de sinais e sintomas de agravamento da doença base e da sua disseminação; ao aparecimento de quadros psico-emocionais variáveis, como medo, angústia, agitação; à necessidade explícita ou não da dependência da equipa terapêutica.

Devemos definir sempre, explicitamente, os objectivos do tratamento com metas temporalmente definidas. Sabendo dos recursos disponíveis na comunidade onde o nosso doente está inserido, devemos planificar e racionalizar os meios disponíveis, a participação do doente, da família, dos cuidados de saúde primários, da equipa de voluntariado, da equipa de apoio hospitalar.

C - Cuidados paliativos hospitalares no cancro do pulmão

Por vezes, estes doentes precisam de ser internados, com vista à correcção duma intercorrência aguda, ao melhor controlo dos sintomas ou para aliviar as famílias da exaustão dos cuidados. O internamento deve terminar com o regresso a casa, ao apoio da família e dos cuidados domiciliários.

Infelizmente, quantas vezes o hospital é procurado por ausência de estruturas de apoio domiciliário, por famílias exaustas, depositando a pessoa no hospital para “ser tratada do possível”, “lhe aliviarem o sofrimento” ou “para morrer”.

Vejam os cinco situações específicas paliativas que, quando surgem no processo evolutivo do cancro do pulmão, obrigam a internamento e à execução de técnicas diagnósticas e terapêuticas particulares.

1. Pleurisia Metastática

O cancro do pulmão é a principal causa do derrame pleural neoplásico. No curso da doença, pelo menos 50% dos doentes com doença oncológica pulmonar disseminada cursam com derrame pleural. Como nem todos os derrames pleurais que surgem no decurso do cancro do pulmão podem ser por envolvimento neoplásico directo o diagnóstico é obrigatório com recurso ao estudo citológico do líquido ou pelo estudo histológico da biópsia pleural, obtida por agulha de Abrams ou Cope ou por toracoscopia. Confirmado como neoplásico, a sobrevida mediana não ultrapassa os 7 meses e meio.

A quimioterapia sistémica está indicada nas pleurisas metastáticas do carcinoma pulmonar de pequenas células, do carcinoma da mama e dos linfomas. Com intenção paliativa, a quimioterapia poderá ser prescrita em alguns doentes com carcinoma pulmonar de não pequenas células com bons factores de prognóstico.

Para doentes com derrame pleural neoplásico, não candidatos a quimioterapia, o procedimento está dependente do estado geral e da presença de sintomas. Se o doente está terminal, com uma curta esperança

de vida, o objectivo do alívio sintomático e da melhor qualidade de vida poderá ser conseguido com uma ou várias toracocenteses evacuadoras.

Para a maioria dos derrames pleurais (sintomático com esperança de vida superior a dois meses), a abordagem terapêutica paliativa é a drenagem torácica completa seguida de pleurodese com tetraciclina. Em alternativa, doente sintomático associado a derrame recidivante ou multiloculado uma toracosopia com pleurodese com talco é a abordagem preferida com alta taxa de sucesso e rápido restabelecimento de bons parâmetros de qualidade de vida. Em livros da especialidade estão descritos muitos outros agentes esclerosantes intrapleurais e outras técnicas alternativas à pleurodese que devem ser ponderadas em casos pontuais.

Após controlo do derrame neoplásico maligno o nosso doente deve ser referenciado com indicações precisas à equipa de cuidados continuados e reavaliado periodicamente sob eventual recidiva.

2. Pericardite Metastática

A forma mais comum de metastização cardíaca do cancro do pulmão é sob a forma de derrame pericárdico maligno. Estudos *postmortem* confirmam este envolvimento em mais de 20 % dos doentes. Em condições fisiológicas existem 20 a 50 ml de líquido no pericárdio que reduzem o atrito e são uma eficaz barreira contra a infecção. Cerca de 75 % dos derrames pericárdicos neoplásicos são secundários ao cancro do pulmão e mama. Podem surgir por obstrução venosa ou linfática ou por extensão directa. Cerca de 2/3 dos derrames pericárdicos são assintomáticos. Num 1/3 dos casos os doentes referem dispneia grave progressiva, tosse seca e toracalgia.

Dependendo da velocidade de acumulação o tamponamento surge quando se acumula 200 a 1000 ml de líquido. Clinicamente surge engurgitamento jugular, hipotensão, precordialgia e insuficiência cardíaca. O diagnóstico suspeito no Radiograma torácico e no Electrocardiograma é habitualmente confirmado pelo Ecocardiograma que, para além da confirmação,

avalia da extensão do derrame, podendo fornecer ainda indicações de eventuais loculações, assimetrias, massas ou nódulos intrapericárdicos e do compromisso hemodinâmico.

Nem em todos os doentes com cancro do pulmão o derrame pericárdico é neoplásico. A citologia do líquido obtida por pericardiocentese ou excepcionalmente a biópsia pericárdica confirmam o diagnóstico.

O diagnóstico e a abordagem terapêutica são habitualmente considerados em conjunto. Como nas outras patologias abordadas, o estado geral do doente, o estágio, a sobrevida antecipada a outras comorbilidades devem ponderar na nossa abordagem.

O tratamento paliativo inclui para a maioria dos doentes a pericardiocentese com colocação de um cateter que permanece no local, sob cobertura anti-biótica, habitualmente por 3 a 5 dias, até que a drenagem seja inferior a 100 cc/dia. Em muitos centros esta abordagem é complementada pela pericardiodesec executada com tetraciclina ou bleomicina.

Se estas condições não forem conseguidas está indicada a cirurgia, nomeadamente a realização duma janela pericárdio-pleural ou pericárdio-peritoneal. Apresenta uma discreta morbidade e mortalidade e mostra uma taxa de recidiva inferior a 15%.

3. Hemoptises

Define-se como a expulsão pela boca de sangue procedente do aparelho respiratório. No decurso da história natural do cancro do pulmão cerca de 20 % dos doentes têm hemoptises. A hemoptise maciça, definida como superior a 600 cc/dia, ocorre em menos de 3 % dos doentes. Surge habitualmente secundário à necrose tumoral, invasão vascular, infecção, alterações embólicas, efeitos secundários da quimioterapia e da radioterapia, etc.

O tratamento depende do estado geral e da previsível sobrevida do doente. Numa fase terminal está aconselhado sedação com diazepam, midazolam ou morfina e oxigenioterapia. Pelo contrário, se o estado geral é bom, realizada uma valorização quantitativa da hemoptise, avançamos para o controlo hemodinâmico (infusão de líquidos, correcção de

alterações hidroelectrolíticas, transfusão, etc), e ainda oxigenioterapia com repouso em decúbito para o lado da lesão. Muitas vezes prescrevemos antitússicos e infusão de ácido aminocapróico, embora estas medidas não sejam recomendadas universalmente. Quando se suspeita de infecção, é mandatório o seu controlo com uma antibioterapia de largo espectro.

Ocasionalmente poderemos ter necessidade de fazer uma broncofibroscopia ou uma broncoscopia rígida, que para além de localizar a origem da hemoptise pode facilitar medidas locais de controlo da hemorragia, como seja a instilação de adrenalina ou soro salino gelado, o encravamento temporário do broncofibroscópio. A arteriografia e a embolização arterial está reservada para escassos casos pontuais.

4. Síndrome da Veia Cava Superior

Tem este nome o conjunto de sinais e sintomas derivados da obstrução parcial ou completa do lúmen da veia cava superior. Como é um vaso de paredes delgadas e baixa pressão interior, localizada numa área anatómica pouco distensível, é especialmente vulnerável à compressão. Cerca de 60 a 70 % do síndrome é causado pelo cancro do pulmão habitualmente localizado no lobo superior direito, justa mediastínico. Manifesta-se por edema da face, pescoço e membros superiores, engurgitamento jugular, plétora facial, circulação colateral no tórax superior, cefaleias e dispneia.

Para além da clínica, é facilmente confirmado imagiologicamente pela radiografia torácica e pela TAC torácica. O diagnóstico etiológico, se ainda não obtido anteriormente, pode conseguir-se por broncofibroscopia, mediastinoscopia, mediastinotomia ou toracotomia.

No tratamento contempla para além de medidas gerais de suporte, como elevação da cabeceira, oxigenioterapia, corticoterapia, diuréticos, anticoagulantes quando simultaneamente coexiste trombose da veia cava, o tratamento específico urgente, isto é, a radioterapia. Obtém-se em cerca de três dias uma franca melhoria sintomática. Para casos raros e

refractários, com uma taxa de complicação mínima pode ser útil a aplicação de endoprotese vasculares.

5. Obstrução das Vias Aéreas Superiores

A obstrução das vias aéreas centrais é uma das situações mais dramáticas que algum doente pode experimentar. A clínica está dependente do grau de obstrução e da velocidade de instalação. Cursa habitualmente com grande ansiedade, dispneia, tosse, estridor, cianose.

As obstruções traqueobrônquicas são motivadas pelo crescimento ou invasão intraluminal da massa tumoral. Podem manifestar-se na altura do diagnóstico ou em fases mais avançadas da doença.

A abordagem endoscópica das lesões tumorais depende não só da extensão do compromisso neoplásico, do estadiamento anatómico e fisiológico, da histologia da lesão neoplásica, do estado geral do doente, da experiência técnica e habilidade do endoscopista e da disponibilidades dos diferentes equipamentos.

A destruição com desobstrução das lesões endobrônquicas permite um alívio rápido, eficaz e muitas vezes duradouro, para melhorar substancialmente a qualidade de vida do doente.

Das várias opções terapêuticas – desobstrução mecânica, crioterapia, braquiterapia –, uma referência à fotocoagulação *laser*, por nós utilizada, com elevadas taxas de sucesso, em especial em lesões endoluminais com restabelecimento do lume traqueal ou brônquico com franca melhoria dos parâmetros objectivos clínicos. Nos últimos anos as próteses traqueobrônquicas consolidaram e complementaram a manutenção da permeabilidade traqueobrônquica permitindo uma muito boa qualidade de vida.

Abordámos sumariamente cinco situações que justificam, habitualmente num tempo variável, o internamento hospitalar. Mas, não esqueçamos, logo que possível deve ser preparado o regresso ao domicílio. Devemos procurar oferecer ao doente e família o melhor bem-estar.

Quando toda a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia falham e continua a disseminação do cancro, mais que nunca o doente e família precisam de nós.

A terminar, três dicotomias que devem ser aplicadas de forma equilibrada:

- Os benefícios potenciais de qualquer tratamento devem ser equilibrados relativamente aos riscos e malefícios potenciais.
- Lutar para preservar a vida com qualidade, adequando os tratamentos e proporcionando intimidade, conforto e bem estar na morte.
- As necessidades individuais devem ser sempre ponderadas relativamente às exigências da sociedade.

BIBLIOGRAFIA

1. ALMODOVAR T, COSTA D – Qualidade de Vida - Oncologia Pneumológica – Temas de actualização, 1999, 365-374.
2. BACIEWICZ FA – Malignant Pleural Effusion - Palliation and Special Considerations – Lung Cancer (Principles and Practice) – Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 1027-1037
3. BATISTE XG, DOMINGO JP *et al* – Cuidados Paliativos en Oncologia – Editorial JIMS, 1996
4. BERGER AM, PORTENOY RK *et al* – Principles and Practice of Supportive Oncology – Lippincott Raven, 1998.
5. BILLER JÁ – Disorders of Airways - Cardiopulmonary Syndromes – Supportive Oncology – Lippincott Raven, 1998; 315-326
6. DOYLE D, HANKS GWC *et al* – Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press; 1993
7. FELIU J, ESPINOSA E *et al* – Medidas paliativas en pacientes com cancer de pulmão – Cuidados Paliativos en Oncologia, 1996; 65-72.
8. FORMAN WB – The evolution of Hospice and Palliative Medicine - Cardiopulmonary Syndromes – Supportive Oncology – Lippincott Raven, 1998; 735-740
9. FRASER J. – Comforts at home: home care of the terminally ill. *Can Fam Physician* 1990; 36: 977-981
10. GRAÇA MTR, IVO IB *et al* – O Cuidar ao doente Oncológico em fase terminal - Oncologia Pneumológica – Temas de actualização, 1999, 417-424
11. LIGHT RW – Pleural Effusions Related to Metastatic Malignancies – in *Pleural Diseases* - Lippincott Williams & Wilkins, 2001, 108-134
12. LIPCHIK RJ – Hemoptysis – Cardiopulmonary Syndromes – Supportive Oncology – Lippincott Raven, 1998; 309-314
13. MACHADO, MGF – A Medicina Familiar e os Cuidados Paliativos- Colab. Yanssen-Cilag – Dezembro de 2000
14. NESBITT JC – Superior Vena Cava Syndrome – Palliation and Special Considerations – Lung Cancer (Principles and Practice) – Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 1056-1070
15. PORTELA JL, NETO IG – Dor e Cuidados Paliativos – *Permanyer Portuguesa*, Distribuido Yanssen-Cilag, 1999
16. ROBINSON LA, RUCKDESCHEL JC – Management of Pleural and Pericardial Effusions - Cardiopulmonary Syndromes – Supportive Oncology – Lippincott Raven, 1998; 327-352
17. SAUNDERS C, SKYRES N – The management of Terminal Malignant Disease: London 1993.
18. TWYLCROSS R – Cuidados Paliativos – Radcliffe Medical Press, 1999
19. VIEIRA, JR – Broncoscopia de intervenção no cancro do pulmão – Oncologia Pneumológica – Temas de actualização, 1999, 245-278
20. WOODRUFF R – Cancer Pain – European Edition – Distrib. Asta Medica, 1997
21. ZWISCHENBERGER JB, SANKAR AB – Malignant Pericardial Effusion - Palliation and Special Considerations – Lung Cancer (Principles and Practice) – Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 1038-1046

CUIDADOS PALIATIVOS NO CANCRO DE PULMÃO: A PERSPECTIVA DO APOIO DOMICILIÁRIO

Isabel Galriça Neto

Pretendemos com este texto abordar algumas das questões que, em nosso entender, são das mais relevantes na oferta de cuidados paliativos aos doentes de cancro de pulmão, no seu domicílio. Iremos abordar os seguintes tópicos:

- Filosofia e princípios dos cuidados paliativos
- Premissas para a oferta de cuidados paliativos no domicílio
- Principais problemas dos doentes de cancro de pulmão em situação avançada
- Cuidados nos últimos dias de vida
- O apoio à família