

CONTROLE DE SINTOMAS DO CÂNCER AVANÇADO EM ADULTOS

Control of the Symptoms of Advanced Cancer in Adults

Quando a terapêutica especificamente antitumoral não é mais o objetivo do tratamento, o **controle dos sintomas** torna-se fundamental para o cuidado do paciente. Como cada sintoma é um fenômeno dinâmico, o paciente deve ser reavaliado com frequência, para que as intercorrências sejam prontamente controladas e ele viva em alívio e conforto.

Cuidados paliativos são os cuidados ativos totais prestados tanto aos pacientes com doença neoplásica maligna, progressiva e irreversível, quanto às suas famílias, quando se reconhece que o tumor já não mais pode ser tratado. O enfoque terapêutico é voltado para a qualidade de vida e o alívio dos sintomas presentes. Os cuidados paliativos têm como objetivo o alívio da dor e de outros sintomas angustiantes e incapacitantes, integrando os aspectos médicos, de enfermagem, psicológicos, nutricionais, sociais e, quando indicado, de reabilitação. É importante salientar que a terapêutica paliativa não tem objetivo curativo nem busca retardar ou apressar a morte do doente.

- Receber cuidados paliativos eficientes é um direito de cada paciente e dever de cada profissional. Essa assistência deve estar disponível a todos os pacientes que dela necessitem.
- Permitir o acesso a treinamento e atualização científica em cuidados paliativos aos profissionais de saúde envolvidos nessa prática.
- Diagnosticar com o máximo de precisão as causas dos problemas (geralmente são muitas e de natureza diversa). A presença de co-morbidade é bastante freqüente e deve ser identificada. Nos casos de neoplasia avançada, é importante identificar os sintomas para uma conduta terapêutica apropriada.
- Escolher o tratamento adequado exige um

diagnóstico preciso e uma avaliação constante dos sintomas apresentados pelo paciente. É importante ter em mente que os sintomas são dinâmicos. Assim, uma prescrição anterior pode não mais atender às necessidades daquele indivíduo. O paciente deve ser minuciosamente avaliado, e a prescrição deve ser alterada sempre que seu quadro clínico assim o exigir.

- Não retardar o início dos cuidados paliativos. Os sintomas devem ser tratados imediatamente, pois, quanto maior o número de sintomas e quanto mais intensos eles forem, mais difícil é para o paciente lidar com eles, e a terapêutica fica mais complexa. O tratamento deve ser iniciado tão logo o diagnóstico seja feito.
- Avaliar repetida e regularmente as condutas prescritas.
- Empatia, compreensão e bom humor são características adicionais essenciais. Os fármacos são uma parte do tratamento.

I. Principais Sintomas e Medidas Terapêuticas

1.1. Agitação Psicomotora e Confusão Mental

1.1.1. Medidas gerais

- Tentar sempre descobrir a causa (hemorragia cerebral ou sistêmica, metástase cerebral).
- Em idosos, pensar em interação medicamentosa, infecção e alteração metabólica.
- Impactação fecal, retenção urinária e dor podem causar agitação.
- Não usar opiáceos para sedação, pois eles podem piorar a agitação.
- Suspender morfina e qualquer outro opiáceo em uso.
- Manter o paciente em ambiente tranqüilo e seguro. Prevenir acidentes.

- Avaliar a necessidade de oxigenioterapia. A hipoxemia pode causar agitação.

1.1.2. Tratamento

- **Midazolam** - 2-10mg IV (diluídos e aplicados fracionadamente) ou 5mg IM ou SC. Em casos menos graves, fazer 2,5-5mg SC e repetir de 1/1 hora.
– Antídoto: flumazenil - 0,2mg IV, aguardar um minuto; caso o nível de consciência não retorne, repetir 0,1-1mg. A dose usual é 0,3-0,6mg, diluído em SG ou SF, em administração contínua de 0,1-0,4 mg/hora.
- **Haloperidol** - 5-10mg IM, repetir em 1h SC; máx. 50 mg/dia nos casos de alucinação e paranóia. Para controle da agitação, fazer 5-20 mg SC, infusão/24 horas.
- **Clorpromazina** - 25-50mg IM até de 1/1 hora, ou IV, diluído em SF, mantendo 1mg/ml e aplicar 1mg/min (máx. 1g/dia). Há risco de sedação excessiva e de efeitos anticolinérgicos.

1.2. Alterações da Mucosa Bucal

Uma boca saudável apresenta a mucosa intacta, limpa, úmida e indolor. O cuidado com a boca é fundamental para se evitar problemas com a alimentação, e consiste de: higiene bucal (colutórios freqüentes), escovação dos dentes e da língua, higiene da prótese e manutenção da umidade bucal. Candidíase e xerostomia são as alterações mais freqüentes. Debilidade orgânica, baixa ingestão pela via interna, fármacos, respiração bucal, ansiedade, radioterapia local, tumor na cavidade bucal e quimioterapia colaboram para alterar a mucosa bucal.

1.2.1. Medidas gerais

- Evitar alimentos ácidos e jejum prolongado, e oferecer líquidos de hora em hora.
- Limpeza da língua com água oxigenada a 10 volumes.
- Utilizar água comum para manter a boca úmida e limpa.

1.2.2. Tratamento

- **Analgesia** - considerar a indicação de morfina.
- **Mucosite** - nistatina, 5-10ml, associada a lidocaína gel, 0,5ml em 10ml de água.

Bochechar e engolir 4 vezes/dia, antes das refeições.

- **Úlcera viral** (herpes-zoster, herpes simples) - aciclovir, 200mg 4/4 horas, por uma semana (400mg em imunossuprimidos).
- **Estomatite aftosa** - corticosteróide tópico.
- **Úlcera maligna** (possibilidade de infecção por anaeróbios) - metronidazol, 1-2g VO/dia.
– Opção: penicilinas.
- **Candidíase** (placas esbranquiçadas, eritema persistente e doloroso) - cetoconazol, 200mg VO/dia por 5 dias; ou nistatina, 500.000-1.000.000 UI, VO - bochechar 4-5 vezes/dia. Quando tais medidas não forem possíveis, prescrever fluconazol, 150 mg em dose única.

1.3. Anorexia

A desidratação causa e agrava o quadro de agitação e confusão mental de alguns pacientes. Com o envelhecimento, há uma tendência à diminuição da ingestão hídrica e calórica. As alterações do paladar podem estar associadas a uma deficiência de zinco. Em paciente comatoso, tranqüilo e sem sinais de sofrimento, avaliar o benefício do suporte nutricional e hídrico para a atenção ao paciente e a conscientização dos familiares.

1.3.1. Medidas gerais

- Analisar a possibilidade de causas reversíveis antes de iniciar qualquer medicação.
- Considerar o estágio do tumor e o prognóstico em termos de morte.
- Avaliar disfagia, alteração do ritmo intestinal, dispnéia, fadiga, náusea, vômitos e o uso de fármacos (opiáceos, metronidazol, sulfametoxazol-trimetoprim, AINE, quimioterápicos, amitriptilina).
- Avaliar o preparo e a apresentação da comida; oferecer pequenas quantidades de alimentos de 3/3 horas, intercalando com líquidos. Deve-se ter cuidado com a temperatura do alimento e tentar variar a alimentação dentro do possível (solicitar orientação do Serviço de Nutrição e Dietética). Avaliar a possibilidade de aumentar o aporte de zinco pela alimentação. Lembrar que intensificar a alimentação **não** melhora a anorexia.

- Umedecer **sempre** a cavidade bucal.

1.3.2. Tratamento

- **Hidratação:**
 - VO, por cateter nasoenteral ou por via subcutânea;
 - a necessidade hídrica basal é de 20-45ml/kg/dia, variando de acordo com a faixa etária.
 - 40-100ml/hora SC, em bomba de infusão, se disponível (não há risco de sobrecarga local ou sistêmica).
- **Dexametasona**, 4mg/VO/dia; ou prednisona, 5-15mg/dia.
- **Megestrol**, 80-800 mg/dia.
- **Metoclopramida**, 10mg VO, antes das refeições, para melhorar o esvaziamento gástrico).
- **Gastrostomia percutânea** (em casos graves e em enfermidades obstrutivas).

1.4. Constipação Intestinal

São fatores de risco: Imobilidade, baixa ingestão hídrica, dieta com pouca fibra, uso de medicamentos (morfina, loperamida, antidepressivos tricíclicos, hioscina, clorpromazina, levomepromazina).

São sinais de constipação crônica: Anorexia, mal-estar, dor, cólica, tenesmo, pseudodiarreia, retenção urinária, obstrução intestinal, confusão mental. Em idosos, é comum *delirium* (estado confusional agudo) por impactação fecal.

1.4.1. Medidas gerais

- A constipação intestinal deve ser prevenida sempre.
- Avaliar o ritmo intestinal do paciente e proceder ao exame físico (palpação abdominal e toque retal) e radiografia simples do abdome (para descartar a possibilidade de doença obstrutiva).
- A orientação nutricional é fundamental, e as doses dos laxativos são individuais.
- Fazer **sempre** toque retal.
- Hidratar adequadamente.
- Dieta com fibra de cereais geralmente não é bem tolerada pelos pacientes, por isso deve-se aumentar a ingestão de frutas (orientar para não se coar os sucos).
- Pacientes em uso de morfina - são indicados laxativos.

- Pacientes paraplégicos - a retirada manual das fezes é um processo indolor. Os laxativos de contato são os indicados.
- Colostomia - retirada de fezes impactadas através do estoma.

1.4.2. Tratamento

- **Em casos resistentes** - bisacodyl, 5-10mg/noite ou de 12/12 horas.
- **Óleo mineral** - uma colher de sopa 1-3 vezes/dia.
 - Constipação crônica e resistente - supositório de glicerina de 3/3 dias.
- **Clistor de glicerina** - age em até 1 hora (pode ser usado em obstrução de colostomia).
 - Supositório de glicerina - para lubrificar a mucosa do reto.
- **Fecaloma** - desimpactação e retirada digital com sedação (midazolam), por se tratar de um procedimento doloroso.

1.5. Depressão

Trata-se de um sintoma muito comum em pacientes com câncer. Seus sintomas mimetizam outras doenças.

Deve-se utilizar instrumentos diagnósticos (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases IV – DSM IV*) com o objetivo de detectar precocemente a depressão e intervir prontamente, para melhorar a qualidade de vida do paciente, mesmo na fase final.

- Humor deprimido ou perda de interesse (prazer) por, pelo menos, 2 semanas.
- Presença de, pelo menos, quatro dos seguintes sinais:
 - alteração (aumento ou diminuição) do apetite com mudança do peso;
 - insônia ou sonolência excessiva;
 - fadiga ou perda da energia;
 - agitação ou inquietude, ou letargia;
 - sentimentos de culpa, perda da auto-estima;
 - perda da capacidade de concentração (podendo haver prejuízo cognitivo);
 - idéias recorrentes de morte ou suicídio.

1.5.1. Medidas gerais

- Assistência médica e psicológica, se possível, tratamento combinado (integrado).
- As drogas antidepressivas iniciam sua ação em torno da 2ª semana de uso (podendo

levar até 6 semanas), e seus efeitos colaterais precedem os efeitos terapêuticos.

- Os benzodiazepínicos (diazepam) são drogas ansiolíticas e **não** devem ser usados como antidepressivos.
- Depressão ansiosa - usar antidepressivo e ansiolítico.

1.5.2. Tratamento

- **Antidepressivos tricíclicos** - oferecem boa resposta, porém provocam muitos efeitos colaterais, principalmente em idosos (boca seca, constipação intestinal, taquicardia, retenção urinária, turvação visual, tremor, hipotensão postural, sedação e distúrbio da condução cardíaca). São usados:
 - amitriptilina - 50-300mg/dia; por ter um efeito sedativo, deve ser administrada à noite nos pacientes com insônia; tem bom efeito analgésico na dose de 75mg/dia;
 - imipramina - de bons resultados na incontinência urinária - 25-300mg/dia (comprimidos de 25mg).
- **Antidepressivos do tipo inibidores seletivos da recaptação de serotonina** - são fármacos com menos efeitos colaterais (náusea) que os antidepressivos tricíclicos, constituindo, por isso, uma opção melhor:
 - sertralina, 25-200mg/dia; ou
 - citalopram, 20-60mg/dia.
- **Corticosteróides** podem ser empregados, graças a seu efeito euforizante:
 - prednisona, 15mg VO de 8/8 horas; ou
 - dexametasona, 4mg VO de 12 /12 horas.

1.6. -Diarréia

Há o risco de desidratação. Excluir a hipótese de falsa diarréia por fecaloma (diarréia por transbordamento), obstrução intestinal parcial, intolerância alimentar, cólon irritável e ansiedade ou medo. Diarréia que persiste por mais de 5 dias - fazer coprocultura (a pesquisa de leucócitos nas fezes ajuda no diagnóstico diferencial e é um método mais simples e rápido). Fezes escuras - pesquisar se o paciente fez uso de sulfato ferroso. Ostomia com reto cego - pode haver eliminação abundante de muco.

1.6.1. Medidas gerais

- Pós-gastrectomia (*dumping*) - o paciente

deve ingerir pequenos volumes de alimento.

• Diarréias persistentes - diagnóstico diferencial

- Uso de medicamentos (laxativos antibióticos, AINE, beta-bloqueadores, diuréticos, antiácidos compostos de magnésio);
- Infecção (em caso de AIDS, fazer biópsia de reto para pesquisa de citomegalovírus e de adenovírus);
- dieta condimentada;
- neoplasia do intestino;
- colite ulcerativa;
- ressecção ileal;
- fistula gástrico-cólica ou enterorretal;
- paraplegia (indicação de colostomia com programa de reeducação intestinal);
- tumor carcinóide;
- insuficiência do sistema nervoso autônomo;
- alimentação por cateter nasoentestinal ou gastrostomia.

1.6.2. Tratamento

- Hidratação com SF ou *ringer* lactato (hidratação VO, SNG, SC ou IV); a necessidade hídrica basal é de 35ml/kg/dia (para o adulto) e de 20ml/kg/dia (para o idoso). Repor potássio, se indicado.
- Limpeza perineal e manutenção da pele seca de secreções; mas usar hidratante cutâneo. Se necessário, usar coletor de fezes.
- Ranitidina, 150-300mg/dia.
- Alça cega com crescimento bacteriano: tetraciclina, 1 a 2g/dia, ou metronidazol, 1,2 a 1,5g/dia, durante 2 a 4 semanas.
- Se há sangramento ativo misturado nas fezes (causado por infecção por shigela, salmonela ou clostrídio, doença inflamatória do intestino ou tumor de cólon) - tratar, se possível, a causa.
- Sangramento pelo tumor (exceto para sangramento de bexiga) - ácido épsilon-aminocapróico, 100-200mg/kg/peso corporal, 3-4 vezes/dia; diluir 1 ou 2 frascos em 250-500ml SF ou SG, IV, 3-4 vezes/dia.
 - Opção: RT anti-hemorrágica.
- Fezes com muco devido a síndrome carcinóide - ranitidina, 150-300mg VO/dia.
- Diarréia pós-RT - optar por antiinflamatório não-esteróide.

1.7. Dispnéia

- É fundamental dispor-se de um ambiente tranqüilo, confortável e bem ventilado.
- Verificar a existência de hipoxemia, se possível com oxímetro digital, e de cianose.
- Avaliação da possível etiologia: compressão cervical por tumor da região de cabeça e pescoço, ou outras causas (derrame pleural, linfangite carcinomatosa pulmonar, infecção pulmonar, compressão brônquica tumoral, pneumotórax, insuficiência cardíaca, ascite).

1.7.1. Medidas gerais

- Sentar o paciente e manter a cabeceira da cama elevada.
- Descartar a possibilidade de obstrução das vias aéreas superiores.
- Descartar a possibilidade de compressão da veia cava superior. (Ver item 1.15)
- Estridor - avaliar a necessidade de traqueostomia, em conjunto com o otorrinolaringologista ou o cirurgião de cabeça e pescoço.

1.7.2. Tratamento

- **Oxigenioterapia** com cateter nasal ou máscara.
- **Broncoespasmo generalizado** - aminofilina, 6mg/kg IV em 30 minutos; manter 0,25-0,75mg/kg/hora IV diluído em SG ou SF, e hidrocortisona, 300-500 diluídos IV (máx. 1.200mg/dia).
- **Derrame pleural e pericárdico neoplásico** - punção aliviadora ou drenagem pleural fechada e pleurodese.
- **Insuficiência ventricular** - furosemida, 20-80mg/dia IV ou VO; manter com inibidor de enzima de conversão de angiotensina (IECA), como o captopril (longo prazo).
- **Tosse** - avaliar a causa e sedar com codeína ou similar, 30-60mg/dia (5-10 ml de 8/8 horas); manter hidratação adequada e associar broncodilatador.
- **Tosse seca** - atenção para a tosse produzida por IECA, insuficiência cardíaca e aspiração.
- **Controlar a dor** (ver tópico III).
- **Excesso de secreção brônquica:**
 - escopolamina, 20mg SC;
 - fisioterapia respiratória;
 - nebulização com solução salina;

- mucolítico 3-4 vezes/dia;
- avaliar a necessidade de nebulização com fenoterol;
- manter em macronebulização contínua, para redução da secreção espessa.
- **Suspeita de embolia pulmonar** (dispnéia + dor torácica + alteração do sensório) - heparina (frasco-ampola de 5ml - 25.000 UI, IV; ou 0,25ml - 5.000 UI, SC).
- **Solução:**
 - clorpromazina, 25 mg de 4/4 horas VO; ou 12,5mg IV de 4/4 ou de 6/6 horas;
 - metoclopramida, 10mg de 8/8 horas;
 - midazolam, 2-10mg IV/dia.
- **Avaliar a necessidade de transfusão de concentrado de hemácias.**
- **Presença de massa tumoral** - dexametasona, 16mg IV, com redução progressiva; dose de manutenção de 4-8mg/dia).
- **Dispnéia persistente** - iniciar morfina, 5-10mg; avaliar a via de administração - VO, SC, IM ou IV - a cada 4/4 horas.
 - Opção: morfina por via inalatória (nebulização), 5mg em 2ml solução salina de 4/4 horas. Pode haver broncoespasmo quando altas doses são usadas.
- **Ascite** - paracentese de alívio.

1.8. Distúrbios do Sono

- É comum a insônia noturna com inversão do ciclo sono-vigília.
- A insônia é uma queixa freqüente nos pacientes com doença avançada, devendo ser tratada, considerando-se medidas de caráter geral (evitar café à noite, evitar drogas psicoestimulantes, eliminar problemas ambientais), dentre outras e o emprego de fármacos (que devem ser usados criteriosamente, caso as medidas de caráter geral não surtam o efeito desejado).
- Despertar precoce - sinal altamente sugestivo de depressão.
- Dificuldade em iniciar o sono - sugere ansiedade.
- Sempre que possível, manter um ambiente tranqüilo.

1.8.1. Medidas gerais

- Tentar descobrir a causa do distúrbio.
- Valorizar a queixa do paciente, ouvindo-o atentamente, além de considerar todas as

possibilidades não medicamentosas. Os fármacos devem ser prescritos de forma criteriosa.

- Evitar o uso de benzodiazepínicos em altas doses, pelo risco de efeito paradoxal (agitação, alucinação e confusão mental, principalmente nos idosos).

1.8.2. Tratamento

- **Midazolam**, 7,5-15mg VO, à noite (optar sempre pelos indutores do sono).
- **Prometazina**, 12,5-50mg VO, à noite (isolada ou associada ao indutor do sono).

1.9. Edema e Linfedema

- Causas - compressão, obstrução linfática, hipoalbuminemia, insuficiência vascular (venosa e arterial), infecção (bacteriana, fúngica).
- Deve haver monitoramento das funções cardíaca e renal.

1.9.1. Medidas gerais

- Elevar o membro comprometido (drenagem postural).
- Tratar qualquer foco de infecção (p.ex., *tinea pedis*).
- Aumentar a oferta de albumina através da alimentação.
- Infecção secundária - antibioticoterapia (mínimo de duas semanas).
- Trombose venosa - anticoagulante.

1.9.2. Tratamento

- Compressão linfática - dexametasona, 16mg/dia.
- Edemas generalizados e derrames malignos - furosemida, 100mg IV em infusão contínua; manter 40-80mg/dia associada à espironolactona, 200-400mg/dia.
- Ácido acetil-salicílico, 500mg 2 vezes/dia, associado a protetor da mucosa gástrica (p.ex., ranitidina, 150-300mg/dia).

1.10. Síndromes Obstrutivas (de Esôfago, Estômago e Intestino)

São causadas por:

- Tumor, inflamação, infecção, radioterapia, úlcera, aderências, volvo, impactação fecal,

carcinomatose peritoneal, compressão extrínseca por obstrução metastática de melanoma, câncer de mama ou de pulmão.

- Excluir peritonite, septicemia e compressão da medula espinhal.
- Lembrar que o câncer de pâncreas causa estase gástrica.

O quadro clínico se apresenta:

- Obstrução de esôfago - disfagia, odinofagia, regurgitação.
- Obstrução de estômago - epigastria, vômitos precoces (alguns minutos após a alimentação), pouca distensão abdominal, alcalose metabólica e hipopotassemia.
- Obstrução do intestino delgado - cólica abdominal, vômitos (fecalóides - odor característico de matéria fecal devido a desenvolvimento bacteriano, não significam conteúdo fecal), distensão abdominal, ausência de fezes e flatos, aumento inicial da peristalse e possível som metálico.
- Obstrução do intestino grosso - vômitos tardios (2-3 horas após a alimentação), fecalóides, cólicas abdominais, ausência de fezes e flatos, som metálico, aumento de peristalse inicial.

1.10.1. Medidas gerais

- Realizar exames complementares sempre que possível.
- Toque retal, endoscopia digestiva alta, serigrafia esôfago-estômago-duodeno, enema opaco (falha de enchimento e interrupção do contraste), radiografia de abdome (níveis hidroaéreos e empilhamento de moedas), sigmoidoscopia e colonoscopia.
- Pseudo-obstrução - alteração da motilidade pode ocorrer por infiltração tumoral no mesentério ou no músculo da parede abdominal, ou acometimento do plexo celiaco.
- Câncer de pulmão - pode evoluir com neuropatia paraneoplásica.
- Detectar precocemente obstrução parcial e preservar a motilidade intestinal.
- Sonda nasogástrica ou retal - aspiração e monitoração o volume de drenagem.
- Hidratação subcutânea.
- Suspender laxativos e fármacos com efeitos muscarínicos.

1.10.2. Tratamento

Tratamento medicamentoso

- **Metoclopramida**, 30-90mg/dia SC ou IV) - para aumentar a cinética gastrointestinal.
- **Hioscina**, 60-200mg/dia - para reduzir a secreção; pode provocar íleo paralítico.
- **Dexametasona**, 8-20mg/dia - tem ação antiemética e diminui a inflamação, desobstruindo principalmente o esôfago, o estômago e o duodeno; apresenta pouca ação no intestino grosso; é indicada para obstrução pilórica completa.
- **Morfina**, 30mg + escopolamina, 60mg + haloperidol, 5mg, em infusão contínua durante 24 horas, podendo-se aumentar a dose caso não haja reversão do quadro.

Cirurgia paliativa

- Avaliar a sua indicação, considerando-se a idade, condição clínica e nutricional do paciente. Questionar a relação benefício/custo (expectativa de vida).
- Considerar o desejo do paciente ou da família, após terem sido esclarecidos sobre procedimentos, resultados e complicações pós-operatórias.
- Ascite, massa abdominal, radioterapia e quimioterapia prévias pioram o prognóstico.
- Considerar a realização de gastrostomia, quando houver a necessidade de aspiração por mais de 2 semanas.
- Risco de fistula enterocutânea.

Procedimentos cirúrgicos específicos

- **Esôfago** - dilatação, prótese, gastrostomia.
- **Estômago** - vagotomia com piloroplastia, gastrectomia ou gastrostomia ou jejunostomia.
- **Intestino delgado** - desfazimento de aderências, ressecção e anastomose, *by pass* (íleo transverso), estoma cutâneo (ileostomia).
- **Intestino grosso** (cólon, reto) - desfazimento de aderências, ressecção e anastomose, estoma cutâneo (ileostomia, colonostomia de cólon ascendente, transverso ou sigmóide); nos casos de pacientes gravemente descompensados sob anestesia local, fazer estoma cutâneo seguido de ressecção eletiva 10-14 dias depois.

1.11. Fadiga

- Fadiga é uma sensação de cansaço extremo devido a uma combinação de sintomas físicos e mentais; é freqüente no paciente com câncer avançado e em caso de necrose tumoral. É um sinal de progressão da neoplasia.
- O paciente percebe sintomas mais intensos e persistentes que o cansaço, entre os quais se incluem perda de energia, exaustão, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, fraqueza, dispnéia, dor, alteração do paladar, prurido, lentidão, irritabilidade e perda da concentração, entre outros (semelhantes aos da depressão).
- Tanto a quimioterapia (1-2 semanas após) como a radioterapia (no final da aplicação) podem provocar cansaço extremo com duração de até 3 semanas. A anemia provocada pelo câncer é também uma causa freqüente de fadiga.
- Fraqueza muscular proximal - observada com o uso de corticosteróides, na polimiosite, hipopotassemia, hipo- ou hipertireoidismo, doenças neurológicas e osteomalácia.
- Fraqueza muscular generalizada - cursa com lesão intracerebral, que geralmente responde à RT e a altas doses de corticosteróides.
- Fraqueza, atordoamento, sonolência, letargia, cansaço e fadiga apresentam-se de formas diferentes entre os pacientes.
- Sempre considerar a depressão no diagnóstico diferencial.
- Caracterizar como súbita ou de início recente (início de horas/minutos/dias), de longo prazo (semanas) ou indolente (meses):
 - recente - devido à depressão respiratória, sedação, hipertensão intracraniana (tumor, hidrocefalia), septicemia, hipoglicemia, excesso de oxigênio (hipercapnia), drogas (opióceos), hipercalcemia, sangramento, insuficiência adrenal, retirada abrupta de corticosteróides;
 - de longo prazo - consequência de crescimento tumoral, distúrbio do sono, insuficiência hepática ou renal, hiperglicemia, acúmulo de droga (diazepam, antidepressivo), infecção crônica, acometimento da medula óssea por invasão tumoral ou efeito colateral do tratamento.

1.11.1. Medidas gerais

- Avaliação e suporte nutricional.

1.11.2. Tratamento

- A terapêutica baseia-se na etiologia: Se hipertensão intracraniana (ver item 16) ou se insuficiência adrenal (ver item 19).

1.12. Hemorragia

- Uma hemorragia é, em geral, controlada sem necessidade de intervenção cirúrgica.
- Corrigir sempre uma causa de alteração da coagulação (coagulação intravascular disseminada ou insuficiência hepática grave) ou plaquetopenia.
- Localizar a origem do sangramento.
- Eliminar:
 - traumatismo;
 - coagulopatia;
 - deficiência de vitamina C;
 - efeito colateral dos fármacos - hemorragia digestiva (provocada por AINE, corticosteróides, warfarin e furosemida) e plaquetopenia.

1.12.1. Medidas gerais

- Hipotensão grave: reposição volêmica com SF.
- Transusão de concentrado de hemácias.
- Compressão local, em caso de sangramento visível (de preferência com compressa escura, para evitar que o paciente se impressione com o volume de sangue perdido).
- Manter o local limpo e lavar com SF gelado. Fazer curativo compressivo.
- Aquecer o paciente e manter um membro da equipe médica ou de enfermagem acessível a ele.

1.12.2. Tratamento

- Sedar, se necessário, com:
 - diazepam, 5-30mg IV (diluídos); ou
 - midazolam, 5-15mg SL ou IM, na impossibilidade de acesso venoso.
- Ácido épsilon-aminocapróico, 100-200mg/kg 3-4 vezes/dia; diluir 1 ou 2 frascos em 250/500ml SF/SG, IV, 3-4 vezes/dia.
- RT anti-hemorrágica, se necessário:
 - Usada para controle de hemoptise, metrorragia, hematúria, sangramento retal.
 - É adotada a dose única ou a dose dividida em 5 ou 10 frações. Os diversos fraciona-

mentos têm resultados equivalentes, porém a opção por um ou por outro esquema deve variar de acordo com a gravidade e a expectativa de sobrevida, ou seja:

- dose única de 800 cGy, total de 02 campos, dependente da gravidade dos sintomas e do estado geral do paciente;
- 2.000 cGy em 5 frações, total de 10 campos - paciente com expectativa de sobrevida < 3 meses;
- 3.000 cGy em 10 frações, total de 20 campos - paciente com expectativa de sobrevida > 3 meses.
- Hematêmese - suspender imediatamente qualquer irritante gástrico (AINE, corticosteróide) e iniciar o uso de ranitidina, 300mg, IV, 12/12 horas. Endoscopia digestiva alta, se necessário.
- Epistaxe ou sangramento pela cavidade bucal - tamponamento nasal anterior, limpeza local, gelo externamente (pode ser necessário avaliação especializada).
- Sangramento vaginal ou retal - observação e colocação de fraldas. Se de grande volume, iniciar o uso de ácido épsilon-aminocapróico e, também se necessário, radioterapia anti-hemorrágica.
- Hemorragia intrapleural ou intra-abdominal - pode ser necessário drenagem cirúrgica.
- Pacientes em uso de cumarínico (warfarin): o INR (Índice de Norma Internacional) deve ser mantido entre 1,5 e 3.
- Crescimento rápido do tumor - RT anti-hemorrágica, se possível.
- Embolização - pode ser útil para controlar sangramento brônquico (escarros hemópticos), sangramento vesical, prostático ou sangramento de úlceras malignas. Pode ocorrer dor e febre dias após a embolização.

1.13. Náusea e Vômitos

- Estabelecer as causas, sempre que possível: se são pela própria neoplasia, efeito colateral de fármacos, obstrução do trato digestivo, alteração metabólica e eletrolítica (hipercalcemia), radioterapia abdominal ou pélvica, síndrome de secreção inapropriada de ADH, tumor cerebral (primário ou metastático), psicológica (medo, ansiedade) etc.

- Optar pela redução da quantidade de alimento por refeição e por alimentos em temperatura ambiental.
- Evitar alimentos com cheiro forte, doces, salgados, gordurosos ou apimentados. Respeitar a vontade do paciente.
- Corrigir a constipação intestinal, que é uma relevante causa de náusea.

1.13.1. Medidas gerais

- Evitar a alimentação, quando a náusea é devida à estase gástrica.
- Administrar os fármacos em horário pré-estabelecido e, eventualmente, SOS.

1.13.2. Tratamento

- Dexametasona, 2-8mg IV de 4 a 6 horas; ou 8-12mg em infusão SC nas 24 horas; ou 4mg VO a cada 6 ou 8 horas ou Prednisona, 5-20mg VO de 6/6 horas,
ou
- Prednisona, 5-20mg VO de 6/6 horas,
ou
- Haloperidol, 0,5-2mg IM a cada 4 ou 6 horas; ou 5-15mg em infusão SC nas 24 horas,
ou
- Metoclopramida, 10-20mg IV de 6 em 6 horas; ou 20-80mg em infusão SC nas 24 horas,
ou
- Ondansetrona, 8mg IV de 8 em 8 horas; ou 20-24mg em infusão SC nas 24 horas; iniciar com 32mg IV e manter com 8mg VO de 12/12 horas.
- Escopolamina, 10mg IV 6 a 8 horas; ou 30-180mg infusão SC nas 24 horas.

1.14. Síndrome de Compressão da Medula Espinhal

Sinais precoces

- Dor vertebral (que pode iniciar com dor ao tossir ou rir) seguida de alteração sensorial, fraqueza muscular e, tardiamente, disfunção esfíncteriana.
- As alterações sensoriais geralmente localizam-se em um ou dois dermatômos abaixo do local da compressão, exceto na lesão da cauda equina, em que as alterações são assimétricas.

1.14.1. Medidas gerais

- Dor lombar em paciente com câncer deve sempre ser investigada, principalmente quando há irradiação (unilateral em compressão cervical e lombar ou bilateral em compressão torácica).
- Reconhecer e tratar rapidamente, a fim de se evitar seqüela neurológica – paraplegia, pois o paciente, mesmo com tumor avançado, pode, ainda, ter uma sobrevida longa (mais de um ano).
- Avaliar incontinência urinária e fecal.

1.14.3. Tratamento

- Tratar a dor (possibilidade de bloqueio espinhal). (Ver tópico III)
- Fisioterapia motora imediata ao diagnóstico.
- Estabelecido o diagnóstico de compressão medular, iniciar com dexametasona, 24mg IV por 2 minutos. Dose de manutenção: 18mg/dia (fracionada), durante 3 semanas, para diminuir o edema em raiz nervosa, evitar isquemia e prevenir deterioração neurológica.
- Em paciente com diagnóstico firmado de câncer e o diagnóstico de metástase vertebral com compressão medular, indica-se a RT imediata: Em dose única (800 cGy, total de 02 campos) ou em 5 ou 10 frações (2.000 cGy em 5 frações, total de 10 campos - paciente com expectativa de sobrevida < 3 meses; 3.000 cGy em 10 frações, total de 20 campos - paciente com expectativa de sobrevida > 3 meses).
- A cirurgia para descompressão (corporectomia) é de indicação rara, especialmente em pacientes sob cuidados paliativos. (NOTA: Esta conduta é reservada para os doentes com síndrome compressiva medular, mas sem o diagnóstico confirmado de câncer; ou para os doentes com o tumor primário controlado e com neoplasia secundária localizada em vértebra e que ainda não apresentam paraplegia.)

1.15. Síndrome de Compressão da Veia Cava Superior

1.15.1. Medidas Gerais

- Iniciar imediatamente dexametasona, 24mg IV por 2 minutos; ou 18mg VO

- (fracionados) até a melhora do quadro; manter 8-12mg/dia IV, SC ou VO;
- Avaliar a indicação de RT ou QT de urgência;
 - Manter o corticosteróide mesmo após a RT;
 - RT: Dose única de 800 cGy, total de 02 campos - dependente da gravidade dos sintomas e do estado geral do paciente; paciente com expectativa de sobrevida < 3 meses - 2.000 cGy em 5 frações, total de 10 campos; paciente com expectativa de sobrevida > 3 meses - 3.000 cGy em 10 frações, total de 20 campos.

1.16. Hipertensão Intracraniana

1.16.1. Medidas gerais

- Radioterapia cerebral
 - A RT é a principal indicação terapêutica nas metástases cerebrais.
 - Reduz o volume tumoral.
 - Possibilita a redução da dose de esteróides.
 - Reduz a hipertensão intracraniana.
 - Pode reverter o déficit neurológico.
 - Aplicação em esquema de 05 ou 10 frações: Paciente com expectativa de vida < 3 meses - 2.000 cGy em 5 frações, em um total de 10 campos; paciente com expectativa de sobrevida > 3 meses - 3.000 cGy em 10 frações, em um total de 20 campos.
- Dexametasona, 8-24mg/dia IV, de 6/6 horas - reduz a permeabilidade capilar e o edema cerebral;
- Associar protetor de mucosa gástrica, quando houver uso concomitante de corticosteróide antiinflamatório não-esteróide ou história prévia de doença péptica;
- Contra-indicação ao uso de corticosteróide: infecção fúngica sistêmica;
- Correção efeitos colaterais dos corticosteróides - retenção de sódio e água, hipopotassemia, supressão adrenal, ganho de peso, síndrome de Cushing, hiperglicemia, sensação de bem-estar (euforia), insônia, osteoporose.

1.17. Metástases Ósseas

1.17.1. RT de metástase óssea solitária

- Paciente com metástase isolada sintomática

e de qualquer localização recebe RT, preferencialmente com 3.000 cGy em 10 frações, total de 20 campos.

1.17.2. RT de metástases ósseas múltiplas

- **Indicação:** Metástases ósseas em pontos de sustentação esquelética com acometimento cortical, sintomáticas ou não, independentemente da concomitância do tratamento sistêmico, e lesões sintomáticas de difícil controle analgésico.
- **Esquemas radioterápicos:** 800 cGy em uma dose única, total de 02 campos; 2.000 cGy em 05 frações de 400 cGy, total de 10 campos; ou 3.000 cGy em 10 frações de 300 cGy, total de 20 campos. Esses esquemas têm poder equivalente de palição dos sintomas, porém a maior duração dessa palição é obtida com um maior fracionamento da dose. A RT paliativa é também indicada após cirurgia ortopédica por metástase óssea, quando esta é procedida.

1.18. Hipercalemia

Sinais e sintomas:

- Náusea, vômitos, sonolência, confusão mental, sede, constipação e poliúria - suspeitar de hipercalemia.
- Hipercalemia é comum em fase avançada de mieloma múltiplo, carcinoma brônquico e de mama.

1.18.1. Medidas gerais

- Manter o paciente hidratado.
- Pacientes sem cateter nasoenteral - reposição VO.
- Pacientes com cateter nasoenteral - reposição sistêmica com SF.

1.18.2. Tratamento

- Pamidronato dissódico, 15-90mg, IV, em 500ml de SF, por 4 horas (início da ação em 24-48 horas, com pico no 6º dia; a ação dura de 2 semanas a 3 meses), de acordo com o seguinte esquema:

Cálcio sérico	Dose recomendada
Até 12mg%	15-30mg
12-14mg%	30-60mg
> 14mg%	60-90mg

- Furosemida, 20-80mg IV.
- Corticosteróide, nos casos de mieloma múltiplo e linfomas.

1.19. Insuficiência Adrenal

- hidrocortisona, 100mg IV;
- manter com prednisona, 20mg VO pela manhã e 10mg VO às 16 horas.
- Para alívio do cansaço e melhora do apetite
 - dexametasona, 2-4mg VO/dia.
- Indutor do sono:
 - midazolam, 15mg à noite VO;
 - quando se deseja um efeito mais rápido, pode ser aplicado por via sub-lingual (com risco de depressão respiratória);
 - também pode ser aplicado em gotejamento contínuo SC ou IV;
 - em idosos, iniciar com a metade da dose;
 - antídoto: flumazenil;
 - opção ao midazolam: prometazina, 12,5-50mg VO.
- Se viável, corrigir a função renal ou hepática.
- Avaliar a necessidade de hemotransfusão (o benefício se mantém por 72 horas para cada unidade de concentrado de hemácias).
- Suspender as medicações que não sejam fundamentais para o paciente, pois cansaço e fadiga podem ser efeito colateral de qualquer fármaco.
- Suspeitar de insuficiência cardíaca (principalmente nos pacientes idosos) – se presente, manter o inibidor de enzima de conversão de angiotensina (IECA) em doses baixas.
- Correção de hiponatremia, hipopotassemia, hipo-hiperglicemia e hipercalemia.
- Controlar dispnéia, náusea, vômitos, depressão, ansiedade e dor (ver itens 1.7, 1.13, 1.5 e tópico III).

II. Analgésicos - Orientações para o Tratamento da Dor do Câncer

Para o eficiente controle da dor, é importante seguir as três etapas sequenciais de analgésicos preconizadas pela Organização Mundial da Saúde. A correta posologia, possíveis associações e medicamentos adjuvantes são fundamentais para a analgesia ser bem sucedida.

2.1. Medidas Gerais

- É fundamental caracterizar o tipo de dor presente (visceral, neuropática, somática), se ela é devida ao câncer ou não, se existem fatores que a agravam ou a atenuam e identificar o perfil psicológico do paciente (possibilidade de depressão ou quadros psicóticos associados).
- Quanto à prescrição, atentar para a faixa etária do paciente (ajustar a dose para os pacientes com mais de 70 anos de idade) e em relação à presença de insuficiência hepática e renal.
- O esquema analgésico deve ser rigorosamente seguido nos horários e doses estipulados. Nunca se deve esperar pelo aparecimento da dor para usar o analgésico. Não existem, assim, no contexto da dor do câncer, as posologias “SOS”, “em caso de dor”, “se necessário” etc.
- Não prescrever opiáceo forte juntamente com opiáceo fraco, pois eles competem pelos mesmos receptores.
- Procurar caracterizar a intensidade da dor em leve, moderada e intensa, utilizando escalas analógica ou visual para avaliar com mais exatidão a eficácia da terapêutica.
- Sempre tentar o esquema posológico mais simples, optando primeiramente pela via oral e respeitando a farmacocinética.

2.2. Tratamento

Dor leve

- Dipirona ou paracetamol com anti-inflamatório não-esteróide.

Dor persistente ou inicialmente leve a moderada

- Esquema acima acrescido de tramadol ou codeína.
- **Jamais** utilizar tramadol e codeína no mesmo momento. A indicação de troca de um pelo outro é baseada nos efeitos adversos apresentados.

Dor leve a moderada persistente ou *levemente moderada* ou intensa

- Acrescentar morfina de liberação regular; e,
- após atingir a dose terapêutica, passar para morfina de liberação lenta ou metadona ou fentanila transdérmica.

2.3. Posologia

Substância	Posologia
Dipirona	500-1.000mg 6/6h VO
Paracetamol	500-1.000mg 4/4h VO
AINE	1 compr. VO ou 1 supos. 12/12h ou 24/24h
Tramadol	50-100mg 6/6h VO ou 1 supos. 6/6h
Tramadol (ação prolongada)	100-200mg 12/12 h VO
Codeína	30-120mg 4/4h VO
Morfina	5-60mg 4/4h VO
Morfina (liberação lenta)	10-100mg 8/8h ou de 12/12h VO
Morfina parenteral	2,5-20mg 4/4h
Metadona	5-20mg 8/8h ou de 12/12h VO (até 24/24h)
Fentanila TTS (adesivo cutâneo)	25, 50, 75 e 100µg/h de 72/72h

- Não se podendo usar opiáceos por via oral, preferir a via subcutânea.
- Derivados morfínicos como a meperidina não devem ser prescritos para a dor do câncer, pois apresentam meia-vida muito curta, podendo induzir rapidamente à psicose e causar dependência em pouco tempo de uso.
- O uso da morfina em pacientes com câncer tem finalidade analgésica, dificilmente provocando dependência psicológica ou depressão respiratória.
- Em caso de vômitos como efeito colateral, usar neuroléptico do tipo haloperidol.
- Os laxativos emolientes devem sempre ser prescritos de forma profilática, para evitar constipação intestinal.

2.4. Equivalências

30mg codeína VO ~ 3,6mg morfina VO ~ 1,2mg morfina IV / IM
100mg tramadol VO/IM ~ 60mg codeína VO ~ 7,2mg morfina VO
30mg morfina VO ~ 10mg morfina IV/IM ~ 10mg metadona VO
10mg metadona IV ~ 10mg morfina IV

Crítérios básicos para utilização da fentanila transdérmica (FT)

- É empregada nos casos de pacientes que necessitam de analgésico do tipo opiáceo forte, ou seja, no terceiro degrau de analgesia preconizado no protocolo da OMS.
- Nunca utilizar FT em pacientes cuja analgesia pode ser alcançada com analgésico fraco, como codeína ou tramadol.
- Intolerância ao uso da morfina - apresenta-se, basicamente, como náusea, vômitos ou alteração de consciência (idéias delirantes, alucinação, confusão mental).
- No caso de náusea ou vômitos, avaliar a possibilidade de administração da morfina pela via subcutânea (*scalp* subcutâneo) antes de indicar a utilização do FT;
- No caso de intolerância à morfina com alteração da consciência, o FT é indicado, normalmente.
- Sempre descartar a possibilidade de se estar diante de dor não-responsiva à morfina (ex. neuropática); nesse caso, não está indicado

o uso do FT. A não-resposta à morfina provavelmente significa não-resposta à fentanila. É o caso de outra medida terapêutica.

2.5. Medicamentos Adjuvantes

2.5.1. Corticosteróides

- Úteis para as crises dolorosas.
- O uso contínuo pode provocar depressão, agitação, sangramento, hiperglicemia, fraqueza muscular, infecção e síndrome de Cushing.
- Têm potente efeito antiemético, anti-inflamatório e estimulante do apetite, além de reduzirem o edema cerebral.
- O uso é fundamental na síndrome de compressão medular.

2.5.2. Anticonvulsivantes

- Úteis na dor neuropática, especialmente nos quadros de dor lancinante ou em queimação.
- Podem provocar supressão ou depleção medular.

2.5.3. Antidepressivos

- Úteis na dor neuropática, especialmente os tricíclicos.
- Além do efeito analgésico, podem potencializar os opiáceos.
- Há risco de efeitos anticolinérgicos, principalmente com o uso da amitriptilina (atenção aos idosos).

2.5.4. Neurolépticos

- Possuem efeito analgésico, antiemético e ansiolítico.

2.6. Dor Neuropática

2.6.1. Corticoesteróides

- Dexametasona, 10-100mg IV (ataque); manter com 4 mg VO/IV de 6/6 horas; retirar progressivamente após a obtenção da resposta terapêutica desejável.

Prednisona, 40-60mg VO/dia.

2.6.2. Anticonvulsivantes

- Fenitoína - iniciar com 100mg VO e aumentar progressivamente até 300mg/dia.

- Carbamazepina - iniciar com 100mg VO e aumentar progressivamente até 800mg/dia.

2.6.3. Antidepressivos

- Amitriptilina, 25-100mg VO com aumento progressivo até 75-300mg/dia.
- Imipramina, 25-100mg VO/dia.

2.6.4. Neurolépticos

- Haloperidol, 0,5-2mg VO de 8/8 ou de 12/12 horas.
- Clorpromazina, 10-25mg VO 4/4 ou de 6/6 horas.

2.7. Dor Óssea

- 80% de resposta positiva; melhora acentuada em 24-36 horas.
- A dose única é segura e eficaz.
- Boa indicação para fratura patológica.

III. Método de Hipodermólise

- Usado para reposição de fluidos por via SC, sempre que, por qualquer motivo, as vias oral e intravenosa (VO e IV) não forem adequadas, principalmente em pacientes com veias colapsadas, finas, frágeis, que se rompem facilmente. É uma alternativa utilizada em pacientes sob cuidados paliativos.
- Trata-se de técnica de manuseio simples e muito segura, desde que obedecidas as normas de administração, volume (máximo de 1.500ml) e qualidade dos fluidos e medicamentos (os viáveis: morfina, dexametasona, metoclopramida, haloperidol, midazolam, tramadol, atropina).

3.1. Vantagens do Método

- Administração fácil.
- Não há necessidade de internação hospitalar no caso de paciente hipo-hidratado ou desidratado.
- Apresenta baixa incidência de infecção.
- Causa pouca dor ou desconforto para o paciente.
- Não necessita de imobilização de qualquer membro.
- Exige menos horas de supervisão técnica.
- A infusão pode ser interrompida a qualquer

- hora, sem risco de trombose.
- Pode ser mantida por semanas, embora seja recomendável trocar o local da punção a cada 72 horas, ou antes, se surgirem sinais de infecção local.
 - Pode ser administrada por qualquer pessoa do corpo de enfermagem.
 - Permite a alta hospitalar prematura, quando o motivo da internação for a desidratação ou uso de medicação analgésica.
 - Reduz a possibilidade de pacientes com insuficiência cardíaca fazerem sobrecarga cardíaca.
- ### 3.2. Utilização do Método
- #### 3.2.1. Material
- Solução intravenosa (solução de dextrose 5%, solução fisiológica 0,9%, ringer lactato).
 - Equipamento para administração de fluidos contínuo.
 - *Scalp* do tipo *butterfly* 25 - 27.
 - Bandeja de curativo.
 - Álcool, seringa, esparadrapo, luvas de procedimento.
- #### 3.2.2. Procedimento
- Preparar o material necessário (solução, equipo, *scalp*).
 - Escolher o local da infusão (deve-se poder segurar uma dobra da pele) sendo possíveis a parede abdominal, as faces anterior e lateral da coxa, a região escapular ou a face anterior do tórax, região do deltóide.
 - Fazer a assepsia do local com álcool comum.
 - Pegar a dobradura da pele.
 - Introduzir o *scalp* num ângulo de 30°-45° abaixo da pele levantada; a agulha deve ter movimentos livres no espaço subcutâneo.
 - Colocar um curativo sobre o *scalp*.
 - Aspirar para certificar-se que a agulha não atingiu um vaso sanguíneo.
 - Ajustar o fluxo da infusão.
 - **Importante:** o novo local deve estar a uma distância mínima de 5 cm do local anterior.
 - Monitorar o paciente quanto à dor, eritema ou edema a cada hora pelas primeiras 4 horas, e então quando necessário.
 - Mudar a área de infusão em caso de edema, extravasamento ou eritema.
 - Monitorar o paciente quanto à febre, calafrios, edema, eritema persistente e dor no local da infusão. Em caso de suspeita de infecção, interromper a infusão.
 - Monitorar cefaléia, ansiedade, taquicardia, turgência jugular, hipertensão arterial, tosse, dispnéia, pois podem sugerir uma sobrecarga hídrica.

Siglas adotadas

<i>IM</i>	<i>via intramuscular</i>	<i>SG</i>	<i>soro glicosado a 5%</i>
<i>IV</i>	<i>via intravenosa</i>	<i>SNG</i>	<i>sonda nasogástrica</i>
<i>QT</i>	<i>quimioterapia</i>	<i>VO</i>	<i>via oral</i>
<i>RT</i>	<i>radioterapia</i>	<i>TTS</i>	<i>sistema terapêutico transdérmico</i>
<i>RX</i>	<i>radiografia simples</i>	<i>SOS</i>	<i>se necessário</i>
<i>SC</i>	<i>via subcutânea</i>	<i>AINE</i>	<i>anti-inflamatórios não esteróides</i>
<i>SF</i>	<i>soro fisiológico a 0,9%</i>	<i>IECA</i>	<i>inibidor de enzima de conversão de angiotensina</i>