

CUIDADOS PALIATIVOS NA GESTAÇÃO: DILEMAS ÉTICOS, CONTROLE DE SINTOMAS EM DOENÇAS AMEAÇADORAS DA VIDA E PLANEJAMENTO PERINATAL

Francisca Moraes da Silva¹;

Marli de Oliveira Nunes²;

Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues³;

Michelle Leane Santana da Silva⁴;

Mary Grace Magalhães de Araújo⁵;

Elisângela da Silva Moraes⁶;

Maria Edna da Silva Bandeira⁷;

Maria Betânia da Silva⁸;

Dulce Maria Cardoso da Silva⁹;

Maria do Socorro Silva de Brito¹⁰;

Francisca Lenice Pinto¹¹.

1. INTRODUÇÃO: A INTERSEÇÃO ENTRE O INÍCIO E O FIM DA VIDA

A obstetrícia e a medicina paliativa tradicionalmente ocuparam polos conceituais opostos: a primeira voltada à celebração e proteção do nascimento, e a segunda dedicada à dignidade no processo de terminalidade e finitude. No entanto, o diagnóstico de neoplasias malignas avançadas, cardiopatias graves ou outras patologias ameaçadoras da vida durante o ciclo gravídico rompe essa dicotomia, impondo o desafio de cuidar simultaneamente da vida materna que se extingue e da vida fetal que se desenvolve (NAGAMINE et al., 2025; STEINER et al., 2021).

O debate público em torno de casos de repercussão midiática de gestantes com câncer metastático em estágio terminal evidencia o quanto o tema suscita dúvidas éticas, jurídicas e clínicas. Cuidados paliativos não se restringem ao paciente em agonia imediata, mas consistem no cuidado integral, precoce e compassivo para pessoas que enfrentam doenças que limitam a continuidade da vida (TODOROVIC, 2016).

Na obstetrícia, esse cenário divide-se em duas vertentes complementares: os cuidados paliativos perinatais voltados a anomalias fetais incompatíveis com a vida pós-natal e a palição da própria gestante, cujo quadro oncológico ou clínico grave exige intervenções proporcionais, controle algíco vigoroso e planejamento do parto (FIGUEREDO et al., 2025; LOTFI et al., 2025).

Este capítulo propõe uma análise teórico-reflexiva sobre o manejo da gestante em cuidados paliativos, articulando as evidências científicas nacionais e internacionais às demandas bioéticas e assistenciais do cuidado hospitalar de alta complexidade.

2. A GESTANTE COM NEOPLASIA MALIGNA AVANÇADA: DESAFIOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS

A ocorrência de tumores agressivos na gestação — como adenocarcinomas gástricos metastáticos (tumores de Krukenberg), câncer de pulmão avançado ou linfomas refratários — exige tomadas de decisão imediatas e compartilhadas (LOTFI et al., 2025; NAGAMINE et al., 2025).

Nesses contextos, os objetivos terapêuticos mudam de foco: a prioridade clínica passa a ser o conforto materno, a estabilização sintomática e a tentativa de prolongar a gestação até um limiar seguro de viabilidade fetal, permitindo o nascimento antes que a falência orgânica materna inviabilize o parto (NAGAMINE et al., 2025). Complicações mecânicas graves, como rotura uterina associada a massas peritoneais volumosas, reforçam a necessidade de monitoramento obstétrico contínuo em ambiente de terapia intensiva (LOTFI et al., 2025).

A literatura destaca a importância do Planejamento Avançado de Cuidados (Advance Care Planning), instrumento bioético por meio do qual a gestante, ciente do prognóstico reservado, expressa seus valores, diretrizes antecipadas de vontade e prioridades quanto a procedimentos invasivos, via de parto e suporte de vida (STEINER et al., 2021; CRAWFORD et al., 2021).

3. CONTROLE DE SINTOMAS E MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA NA GESTAÇÃO

O alívio do sofrimento é o pilar central da palição. Na gestação, mitos sobre a teratogenicidade e o medo infundado de depressão respiratória neonatal frequentemente resultam na subdosagem e no subtratamento da dor materna (NAFULA; WERU; YENNURAJALINGAM, 2023).

A dor oncológica e o desconforto visceral devem ser abordados segundo a escada analgésica adaptada:

- **Uso Seguro de Opioides:** Nafula, Weru e Yennurajalingam (2023) demonstram que opioides fortes (como morfina, fentanil e metadona) são seguros e eficazes na gestação quando indicados para dor oncológica moderada a severa. O controle álgico materno reduz descargas adrenérgicas deletérias que comprometem a perfusão uteroplacentária;
- **Manejo de Sintomas Gastrointestinais e Dispneia:** O uso de antieméticos, corticosteroides e oxigenoterapia paliativa deve ser otimizado para proporcionar

alívio sintomático contínuo, preservando a dignidade da paciente (NAGAMINE et al., 2025);

- Morte Encefálica Materna e Suporte Somático: Em situações extremas de morte encefálica da gestante em idade gestacional periviável, a manutenção do suporte somático para viabilizar o desenvolvimento fetal requer avaliação bioética criteriosa, consentimento familiar e respaldo legal institucional (REINHOLD et al., 2021).

4. MODELOS E PROTOCOLOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PERINATAIS

A estruturação de protocolos assistenciais formalizados em hospitais universitários e centros terciários qualifica a assistência e reduz a angústia da equipe de saúde (PISCOYA et al., 2023; FIGUEREDO et al., 2026).

Figueredo et al. (2025, 2026) e Piscoya et al. (2023) descrevem modelos de protocolos em medicina fetal e obstetrícia que integram as dimensões biológica, bioética e psicossocial. Esses modelos estabelecem fluxos claros para:

- Reuniões familiares multiprofissionais com comunicação empática e livre de termos excessivamente técnicos;
- Construção do Plano de Parto Paliativo, detalhando o nível de intervenção neonatal desejado logo após o clampeamento do cordão umbilical;
- Acomodação privativa em enfermarias acolhedoras, garantindo a presença ininterrupta da rede de apoio e da família estendida;
- Criação de memórias afetivas (fotografias, carimbos dos pezinhos, corte de mechas de cabelo) para apoiar o processo de luto antecipatório (CRAWFORD et al., 2021; PISCOYA et al., 2023).

5. IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Na linha de frente do cuidado obstétrico, a enfermagem, o serviço social, a psicologia e o corpo médico desempenham papel preponderante no amparo à gestante em cuidados paliativos (DATTA-BARUA; O'BRIEN; VERMYLEN, 2019):

- Comunicação Compassiva e Não Abandonatória: Garantir à gestante e à sua família que, embora a cura da doença de base não seja mais possível, os cuidados clínicos, o alívio da dor e a assistência obstétrica serão mantidos de forma contínua e prioritária (TODOROVIC, 2016; CRAWFORD et al., 2021);
- Administração Criteriosa da Analgesia: Monitorar escalas de dor e administrar fármacos adjuvantes e opioides nos horários prescritos, evitando que a paciente

sinta dor desnecessária por receios infundados da equipe (NAFULA; WERU; YENNURAJALINGAM, 2023);

- Respeito às Diretrizes Antecipadas de Vontade: Assegurar que os desejos maternos quanto a procedimentos de reanimação, intubação e via de parto sejam rigorosamente registrados em prontuário e respeitados no momento agudo (STEINER et al., 2021; REINHOLD et al., 2021);
- Promoção do Vínculo e Contato com o Bebê: Facilitar o contato pele a pele e momentos de aconchego entre a mãe e o recém-nascido, mesmo em leitos de terapia intensiva, garantindo memórias significativas antes de eventuais desfechos desfavoráveis (PISCOYA et al., 2023; FIGUEREDO et al., 2026);
- Acompanhamento no Luto Familiar: Articular a continuidade do suporte psicológico e social aos familiares e ao companheiro sobrevivente após a alta hospitalar ou o óbito materno (CRAWFORD et al., 2021).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção dos cuidados paliativos no ciclo gravídico-puerperal redefine o significado do cuidado obstétrico de excelência. Diante de patologias maternas ameaçadoras da continuidade da vida, o verdadeiro ato terapêutico reside na preservação da dignidade, no controle impecável da dor e na escuta sensível das vontades da mulher.

Ao harmonizar o rigor técnico com a bioética do acolhimento, a equipe multiprofissional garante que a chegada de uma nova vida e o encerramento de outra ocorram em um ambiente de respeito, compaixão e humanidade.

REFERÊNCIAS

CRAWFORD, Andrea et al. Women's Experiences With Palliative Care During Pregnancy. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 50, n. 4, p. 402-411, 2021.

DATTA-BARUA, Indrany; O'BRIEN, Katherine; VERMYLEN, Julia. The Therapeutic Utility of the Pregnant Palliative Care Physician: A Case Series. **Journal of Palliative Medicine**, v. 22, n. 6, p. 734-738, 2019.

FIGUEREDO, Daniela Valle Almeida et al. Palliative care protocol in fetal medicine for care of the pregnant women and their fetuses. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 25, e20240050, 2025.

FIGUEREDO, Daniela Valle Almeida et al. Models of Perinatal Palliative Care for Pregnant Women and Their Fetuses with Life-Limiting Conditions: A Literature Review. **Journal of Personalized Medicine**, v. 16, n. 7, p. 353, 2026.

LOTFI, O. et al. Gastric Adenocarcinoma in a Pregnant Woman at 33 Weeks of Gestation: A Case Report of Krukenberg Tumor Complicated by Uterine Rupture. **Cureus**, v. 17, n. 9, e91488, 2025.

NAFULA, E. W.; WERU, J.; YENNURAJALINGAM, S. Management of cancer pain in pregnancy: can opioids be used? **Annals of Palliative Medicine**, v. 12, n. 5, p. 925-935, 2023.

NAGAMINE, H. et al. Management of Advanced Lung Cancer in Pregnancy: Multidisciplinary Treatment and Early Delivery. **Internal Medicine**, v. 64, n. 23, p. 3438-3442, 2025.

PISCOYA, Maria Dilma Bezerra de Vasconcellos et al. Cuidados paliativos na assistência perinatal de um hospital universitário: construção de protocolo assistencial. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 33, e-33107, 2023.

REINHOLD, Ann-Kristin et al. Ethical, Psychosocial and Legal Aspects of the Treatment of Pregnant Patients with Brain Death. **Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie**, v. 56, n. 7-08, p. 536-543, 2021.

STEINER, J. M. et al. Experience With Advance Care Planning Discussions Among Pregnant Women With Congenital Heart Disease. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 62, n. 3, p. 587-592, 2021.

TODOROVIC, Ana. Palliative care is not just for those who are dying. **BMJ**, v. 353, p. i2846, 2016.