

Perfil dos pacientes com indicação de cuidados paliativos internados no Hospital Júlia Kubitschek – FHEMIG

Profile of patients with indication of palliative care and admitted at the Júlia Kubitschek Hospital – FHEMIG

Jucilene Aparecida Mendes de Faria¹, Lourenço Gonçalves Ferreira², Marcos Antônio Batista Vieira², Nathália Novaes Cosenza², Patrícia Primo de Alvarenga², Priscila Lisboa Figueiredo²

DOI: 10.5935/2238-3182.20150006

RESUMO

Introdução: progressos tecnológicos e terapêuticos associados a melhorias das condições gerais de vida da população levaram ao aumento da expectativa de vida do brasileiro. O envelhecimento está relacionado ao surgimento de doenças crônicas e incapacitantes, nas quais o acompanhamento e o cuidado constituem a principal meta a ser cumprida. **Objetivos:** avaliar o perfil dos pacientes com indicação de cuidados paliativos admitidos nas enfermarias de clínica médica do Hospital Júlia Kubitschek (HJK); identificar características desses pacientes em relação a sexo, idade, doenças prevalentes e quadro clínico geral. **Métodos:** realizado estudo transversal com coleta de dados a partir de revisão dos prontuários, preenchimento do questionário com informações sobre as condições clínicas durante a internação. **Resultados:** foram contabilizadas 261 admissões no período de 27 de junho a 27 de setembro de 2012. Obteve-se que 41% (96) e 44% (101) dos pacientes tiveram e não tiveram indicação de cuidados paliativos, respectivamente. **Discussão:** a indicação de cuidados paliativos atinge números expressivos, observado tanto no estudo vigente quanto na literatura utilizada. **Conclusões:** há significativo número de pacientes que se internam nas enfermarias da clínica médica do HJK que precisam de cuidados paliativos, o que também é descrito na literatura, mostrando-se necessária melhor assistência a esses pacientes, o que requer treinamento de equipe multidisciplinar para o aperfeiçoamento desse atendimento.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Pacientes Internados; Hospitalização; Estado Terminal.

ABSTRACT

Introduction: Technological and therapeutic progress associated with improvements in general life conditions of the population led to the increased life expectancy of Brazilians. Aging is related to the emergence of chronic and disabling illnesses in which monitoring and care constitute the main goal to be accomplished. **Objectives:** To evaluate the profile of patients with indication of palliative care admitted in the internal medicine wards of the Júlia Kubitschek Hospital (HJK); to identify the characteristics of these patients in relation to gender, age, illnesses, and general clinical picture. **Methods:** This was a cross-sectional study with data collection from reviewed medical records and questionnaire with information about clinical conditions during hospitalization. **Results:** 261 admissions were recorded between June 27 and September 27 of 2012. The percentages of 41% (96) and 44% (101) of patients had and did not have an indication of palliative care, respectively. **Discussion:** The indication of palliative care reaches expressive numbers observed in the current study and the literature used. **Conclusions:** There is a significant number of patients admitted in the internal medicine wards of HJK who need palliative care, which is also described in the literature, showing the needed for better assistance to these patients,

¹ Médica Geriatria. Professora do Internato de Clínica Médica do Curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS; Hospital Júlia Kubitschek. Belo Horizonte, MG – Brasil.
² Acadêmico(a) do curso de Medicina da UNIFENAS. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 14/06/2013
Aprovado em: 16/03/2015

Instituição:
Hospital Júlia Kubitschek
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Nathália Novaes Cosenza
E-mail: nathalia_cosenza@hotmail.com

which requires training a multidisciplinary team for the improvement of this service.

Key words: Palliative Care; Hospice Care; Inpatients; Hospitalization; Critical Illness.

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e terapêuticos associados às melhorias das condições gerais de vida da população fizeram com que a expectativa de vida ao nascer do brasileiro passasse de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008. E segundo a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2050 chegará a 81,29 anos.^{1,2} Em 2008, o contingente da população com 65 anos ou mais representava 6,53% e, em 2050, estima-se que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total.²

O envelhecimento é acompanhado do comprometimento das funções orgânicas, levando à maior probabilidade do surgimento de doenças crônicas e incapacitantes.³ Nesses casos, o acompanhamento clínico e o cuidado são medidas primordiais para que o envelhecimento tenha menos repercussões sobre a qualidade de vida, sendo essencial a assistência multidisciplinar para amenizar possíveis desconfortos e sofrimentos.⁴

É nesse contexto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o cuidado paliativo, que consiste em promoção da assistência por equipe multidisciplinar que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da sua identificação precoce, avaliação detalhada e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.⁵

Os cuidados paliativos eram vistos, tradicionalmente, como aplicáveis exclusivamente no momento em que a morte era iminente. Atualmente, são oferecidos no estágio inicial do curso de determinada doença progressiva, avançada e incurável.⁶⁻⁸

Os cuidados paliativos devem ser iniciados de forma precoce, associados a outras medidas como químico e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas inesperadas. Gradativamente, é feita transição do tratamento modificador da doença para o tratamento paliativo exclusivo, sendo determinado por alterações clínicas que dependem de julgamento médico e avaliação da história natural da doença. Além disso, devem-se considerar os dados clínicos, resposta terapêutica, comorbidades, fatores psicossociais

e nível de declínio funcional. A abordagem precoce permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes à doença de base e propicia diagnóstico e tratamento adequados de comorbidades que possam cursar paralelamente a doença principal.⁹

Esse tipo de assistência pode ser necessária em qualquer momento da vida, sejam medidas de baixa complexidade até em situações em que se tornam fundamentais.⁷

Apesar de bem definida a importância desse tipo de cuidado, são poucos os estabelecimentos no Brasil que dispõem de serviço bem estruturado com essa finalidade.⁸ O mais importante no planejamento de serviço de cuidados paliativos são as características locais de cada instituição, sendo essa realidade variável. As necessidades do local de assistência devem ser primeiramente conhecidas, sendo de suma importância a avaliação do número de pacientes em potencial, a faixa etária e quais os portadores de determinadas doenças que poderiam se beneficiar de cuidados paliativos.^{10,11}

Este trabalho justifica-se pela necessidade de discutir as dificuldades encontradas e adequações necessárias no ambiente hospitalar para adaptação tanto do ponto de vista de infraestrutura, quanto de capacitação profissional, visando atender a essa nova realidade.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de estudo transversal dos pacientes admitidos nas enfermarias de clínica médica do Hospital Júlia Kubitschek (HJK), localizado em Belo Horizonte-MG e coordenado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). A instituição possui 238 leitos, sendo 54 de Clínica Médica (33 masculinos e 21 femininos).

Avaliou-se no estudo a necessidade de cuidados paliativos em pacientes admitidos nas enfermarias de Clínica Médica desde 27 de junho a 27 de setembro de 2012.

A coleta dos dados foi feita a partir da revisão dos prontuários, preenchimento do questionário (Tabela 1) e obtenção da impressão clínica do médico responsável a respeito do paciente avaliado. O questionário aplicado foi compilado do “*Supportive and palliative care indications tool*”, baseado em características clínicas e laboratoriais que indicam doenças crônicas e irreversíveis em fases avançadas, e o Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, que avalia indicadores de terminalidade para o paciente portador de AIDS.^{9,10}

Tabela 1 - Questionário

Data: _____ Data da admissão: _____ Idade: _____ Sexo: _____	
1. Pergunta ao médico assistente: 1.1 "Você ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos 12 meses?" <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
2. Condição clínica geral: <input type="checkbox"/> 2.1 Estado funcional ruim ou deteriorando (auto cuidado limitado/restrito a cama ou cadeira mais de 50% do dia) <input type="checkbox"/> 2.2 Perda de peso progressiva últimos 6 meses (>10%) <input type="checkbox"/> 2.3 2 ou mais internações não planejadas nos últimos 6 meses <input type="checkbox"/> 2.4 Paciente é proveniente de uma home care ou institucionalizado	
3. Dois ou mais indicadores relacionados as doenças:	
3.1 Cardiopatia: <input type="checkbox"/> 3.1.1 Insuficiência cardíaca classe IV, doença valvular severa ou coronariopatia extensa <input type="checkbox"/> 3.1.2 Dispnéia ou precordialgia em repouso aos mínimos esforços <input type="checkbox"/> 3.1.3 Sintomas persistentes em uso de terapia tolerada otimizada <input type="checkbox"/> 3.1.4 Insuficiência renal (clearance < 30ml/min) <input type="checkbox"/> 3.1.5 PAS<100mmhg e/ou FC>100 <input type="checkbox"/> 3.1.6 Caquexia cardíaca <input type="checkbox"/> 3.1.7 2 ou mais episódios agudos necessitando de tratamento endovenoso últimos 6 meses	3.2 Doença renal: <input type="checkbox"/> 3.2.1 Doença renal crônica estágio V (clearance < 15ml) <input type="checkbox"/> 3.2.2 Manejo renal conservador devido as multimorbidade <input type="checkbox"/> 3.2.3 Deteriorando na diálise; sintomas persistentes e/ou aumentado dependência <input type="checkbox"/> 3.2.4 Não iniciado diálise após insuficiência seguida de um transplante renal <input type="checkbox"/> 3.2.5 Nova condição ameaçadora a vida ou insuficiência renal como uma complicação de outra condição ou tratamento
3.3 Doença respiratória: <input type="checkbox"/> 3.3.1 Obstrução severa vias aéreas (VEF1 < 30%) ou déficit restritivo (capacidade vital < 60%) <input type="checkbox"/> 3.3.2 Critério para oxigenioterapia contínua <input type="checkbox"/> 3.3.3 Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre exacerbações <input type="checkbox"/> 3.3.4 Sintomas severos persistentes apesar da terapia adequada <input type="checkbox"/> 3.3.5 Insuficiência cardíaca sintomática <input type="checkbox"/> 3.3.6 IMC < 21 <input type="checkbox"/> 3.3.7 Admissões frequentes em PA devido exacerbações e/ou insuficiência respiratória.	3.4 Doença hepática: <input type="checkbox"/> 3.4.1 Cirrose avançada com 1 ou mais complicações: ascite refratária, encefalopatia hepática, síndrome hepatorenal, peritonite bacteriana, sangramento de varizes recorrente <input type="checkbox"/> 3.4.2 Albumina sérica < 2,5g/l e tempo protrombina ou RNI alargado <input type="checkbox"/> 3.4.3 Carcinoma hepatocelular
3.5 Câncer: <input type="checkbox"/> 3.5.1 Status funcional deteriorando devido câncer metastático e/ou comorbidades <input type="checkbox"/> 3.5.2 Sintomas persistentes apesar do tratamento oncológico paliativo adequado ou paciente muito frágil para o tratamento oncológico.	3.6 Doença neurológica: <input type="checkbox"/> 3.6.1 Deterioração progressiva física e/ou cognitiva apesar da terapia adequada <input type="checkbox"/> 3.6.2 Sintomas complexos e difícil controle <input type="checkbox"/> 3.6.3 Distúrbios de linguagem e disfagia progressiva <input type="checkbox"/> 3.6.4 Pneumonia de aspiração recorrente; dispneia ou insuficiência respiratória.
3.7 Demência: <input type="checkbox"/> 3.7.1 Incapaz de vestir-se, andar ou comer sem ajuda; incapaz de comunicar-se significativamente <input type="checkbox"/> 3.7.2 Recebendo dieta pastosa ou suplementos ou dieta enteral <input type="checkbox"/> 3.7.3 Episódios febris recorrentes; pneumonia de aspiração <input type="checkbox"/> 3.7.4 Incontinência fecal e/ou urinária	3.8 Pacientes com SIDA: <input type="checkbox"/> 3.8.1 CD4 < 25celulas/ml <input type="checkbox"/> 3.8.2 Carga viral persistente > 100mil cópias/ml <input type="checkbox"/> 3.8.3 Houver associação a qualquer uma das situações abaixo: • Linfoma do SNC • Perda de 33% de massa corporal magra • Bacteremia por mycobacterium avium (não tratada, que não responde ao tratamento ou se recusa) • Leucoencefalopatia multifocal progressiva • Linfoma sistêmico, resposta parcial a quimioterapia • Sarcoma de Kaposi visceral não responsivo a terapia • Insuficiência renal não elegível ou que não deseja diálise • Infecção por Cryptosporidium; • Toxoplasmose que não responde a terapêutica <input type="checkbox"/> 3.8.4 diarreia persistente por um ano <input type="checkbox"/> 3.8.5 albumina sérica menor que 2,5 <input type="checkbox"/> 3.8.6 demencia avançada por AIDS <input type="checkbox"/> 3.8.7 toxoplasmose e ICC sintomática ao repouso.

Foram incluídos no estudo pacientes admitidos nas enfermarias de Clínica Médica com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos. Os critérios de exclusão foram idade inferior a 18 anos, prontuário não disponível e/ou com informações insuficientes e ausência de colaboração do médico assistente no preenchimento do questionário. Para evitar viés de

coleta, foram excluídos os pacientes internados nos leitos da pesquisadora responsável por este projeto.

Os pacientes foram classificados em:

- com indicação de cuidados paliativos, com dois ou mais indicadores assinalados no questionário e/ou condição clínica geral comprometida (seção 2 do questionário);

- sem indicação de cuidados paliativos, em que os pacientes possuíam nenhum ou um indicador assinalado.

Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à Comissão de Ética da FHEMIG. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa (NEP) da FHEMIG e cadastrado na Plataforma Brasil.

RESULTADOS

Foram contabilizadas 261 admissões nas enfermarias de Clínica Médica e 30 admissões não foram incluídas no estudo devido à falha na finalização do questionário. Dos pacientes admitidos, 231 prontuários se adequaram aos critérios de inclusão.

Obteve-se que 41% (96) dos pacientes tiveram indicação de cuidados paliativos e 44% (101) não o tiveram. Os critérios de exclusão foram aplicados em 15% (34) dos pacientes (Figura 1).

Indicação de Cuidados Paliativos

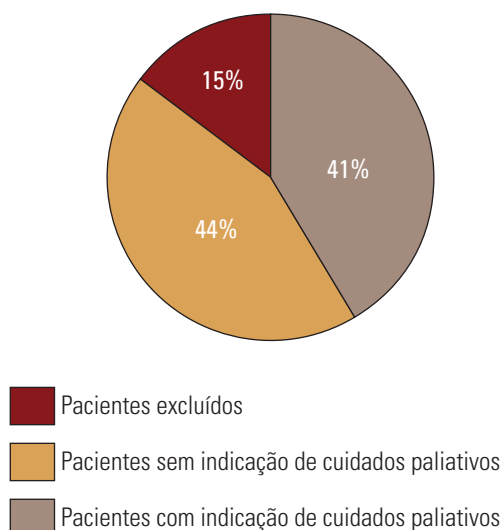


Figura 1 - Distribuição dos pacientes internados na enfermaria de Clínica Médica do Hospital Júlia Kubistchek de 27 de junho a 27 de setembro de 2012, de acordo com a indicação de cuidados paliativos.

Entre os pacientes com indicação de cuidados paliativos, 60,5% eram do gênero masculino. Os pacientes com indicação de cuidados paliativos distribuíram-se em 76, 63,5, 39,5 e 16,6%, com: condição clínica geral comprometida; estado funcional ruim

ou deteriorado, definido como autocuidado limitado e/ou restrito ao leito ou cadeira mais de 50% do dia; duas ou mais internações não planejadas nos últimos seis meses; e relato de perda de peso progressiva nos últimos seis meses, respectivamente. Obteve-se que 32,3, 27, 25, 19,7, 9,3, 7,3 e 7,3% tiveram indicação devido à doença cardiológica, neurológica, respiratória; demencial, hepática, neoplásica e renal, respectivamente.

Do total de pacientes que tiveram indicações de cuidados paliativos, 28,1% apresentaram doenças relacionadas a dois ou mais sistemas diferentes.

A média de idade dos pacientes foi de 62 anos e mediana de 63 anos, com desvio-padrão de 16,59. A idade máxima documentada foi 100 anos e a mínima 20 anos.

Em relação à pergunta ao médico assistente: “ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos 12 meses?”, dos 96 pacientes com indicação de cuidados paliativos, o médico assistente respondeu “NÃO” em 80,2% (77) dos casos. Quanto aos pacientes sem indicação de cuidados paliativos (101 pacientes), o médico assistente respondeu “SIM” em 71,3% (72) dos casos.

DISCUSSÃO

Entre os pacientes que foram internados nas enfermarias de Clínica Médica, 41% (96) tiveram indicação de cuidados paliativos, baseado nos indicadores publicados por Murray e Boyd. A taxa de indicação para cuidados paliativos foi acima do esperado comparada à literatura, que refere ocorrência de aproximadamente 25% dos internados.¹²

A prevalência relativa do sexo masculino (60,5%) de indicações de cuidados paliativos foi contra as expectativas, já que a prevalência de doenças crônicas nos idosos atinge 75,5% (69,3% em homens e 80,2% em mulheres). Além disso, a expectativa de vida do homem em relação à mulher é de 7,6 anos menos, sendo que a incidência de cuidados paliativos é diretamente proporcional ao avançar da idade.¹³

Para as diversas doenças crônicas e progressivas, existem três diferentes trajetórias.^{9,14} A primeira, caracterizada por declínio rápido nas últimas semanas ou meses e frequentemente uma fase terminal, que costuma acontecer, quase sempre, nos casos de câncer. A segunda, com declínio lento e prolongado, com episódios esparsos de agudização, sendo típico de idosos frágeis e demenciados. E, por último,

trajetória com declínio gradual, com episódios de deterioração aguda e recuperação funcional parcial, situação tipicamente vista nas coronariopatias, doença pulmonar crônica ou hepatopatia em estágio final.

Constataram-se, diante do presente estudo, como principal causa de indicação dos cuidados paliativos, as doenças cardiovasculares (32,3%), o que condiz com os altos índices da taxa de mortalidade por cardiopatias - 52,4 (óbitos por 100.000 habitantes).¹⁵

A pergunta realizada aos médicos assistentes é variável, difícil de ser avaliada, principalmente pelo grau de subjetividade das respostas oferecidas. A resposta pode variar com a experiência prévia do médico assistente, da relação médico-paciente preexistente e da forma como o médico lida com o processo de adoecimento e morte dos pacientes.

CONCLUSÃO

O envelhecimento da população é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde. O mesmo pode ser acompanhado do surgimento de doenças crônicas e incapacitantes e, nesses casos, o acompanhamento clínico e o cuidado são medidas primordiais para que o envelhecimento aconteça com mais qualidade de vida, sendo necessária a promoção de cuidados paliativos com o objetivo de minimizar o sofrimento, inclusive de familiares.

Ocorreu alta incidência de pacientes internados nas enfermarias da Clínica Médica do HJK com indicação para cuidados paliativos, o que gera demanda por profissionais capacitados e infraestrutura adequada.

É também importante o acompanhamento domiciliar desses pacientes, proporcionando a desospitalização e evitando complicações e internações desnecessárias.

Diante da necessidade de organizar um modelo de assistência adequado aos pacientes com doenças avançadas e terminais, os médicos devem ser encorajados a abordar esse aspecto, questionando o paciente sobre suas perspectivas. Portanto, seria interessante a realização de mais pesquisas em nosso meio sobre os vários aspectos que envolvem os cuidados no fim da vida.

REFERÊNCIAS

1. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p.14-9.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População brasileira envelhece em ritmo acelerado [Internet]. 2008. [Citado em 2012 abr 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
3. Burlá C. Cuidados paliativos: afinal, do que se trata? In: Duarte Moritz R, organizadora. Conflitos bioéticos do viver e do morrer. Brasília: CFM; 2011. 188p.
4. Feio AGO. Responsabilidade e tecnologia: a questão da distanásia. Rev Bioét. 2011; 19(3): 615-30.
5. World Health Organization. WHO definition of palliative care [internet]. Geneva; 2010 [Citado em 2012 abr 10]. Disponível em: <http://who.int/cancer/palliative/definition>.
6. Pessini L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, bioéticos e éticos. Prát Hosp. 2005 set/out; 7(41):107-12.
7. Lynn J, Adamson DN. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. Arlington, VA: Rand Health; 2003.
8. Georgia AMC. Os cuidados paliativos no Brasil. Rev Bras Cuidados Paliativos. 2008;1(1):5-8.
9. Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. BMJ. 2010; 341:649-52.
10. Arantes AC. Indicações de cuidados paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p. 20-36.
11. International Association for Hospice and Palliative Care. Promoting Hospice and Palliative Care Worldwide. The IAHPIC Manual of palliative care. 2ª ed. [Citado em 2012 jul 15]. Disponível em: <http://www.hospicecare.com/iahpc-manual/iahpc-manual-08.pdf>.
12. Currow DC, Wheeler JL, Glare PA, Kaasa S, Abernethy APA. Framework for generalizability in palliative care. J Pain Symptom Manage. 2009 Mar; 37(3):373-86.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Socio-demográficos e de Saúde no Brasil [Internet]. 2009 [Citado em 2013 set. 06]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
14. Kendall M, Murray SA, Boyd K. Illness trajectories and palliative care. BMJ. 2005; 330: 1007-11.
15. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Indicadores e Dados Básicos – Brasil [internet] [Citado em 2013 set 06]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.