

Cuidados paliativos – A subvalorização dessa abordagem em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento

Palliative Care – The undervaluing of this approach in developing and underdeveloped countries

Alexandre Mesquita Lentz Monteiro¹, Carolina Maciel Fiamoncini¹, Marcelo Gomes de Almeida¹, Matheus Figueiredo Soares¹, Melina Efraim Vieira Pinto¹, Thalita Iceri Lasmar¹, Yuri Lopes Rezende¹, Munir Murad Júnior².

¹Acadêmicos do 10º período do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

²Preceptor de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da UFMG e médico clínico (internista e emergencista) da Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte, MG – Brasil.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo enfatizar a importância do tratamento paliativo, considerando-se seu novo conceito segundo a Organização Mundial de Saúde, e formas de atuação. Segundos as novas diretrizes revisadas neste texto, os cuidados paliativos são aqueles que visam à melhoria da qualidade, não só de morte, mas de vida, para o indivíduo. Portanto, deve ser instituído precocemente e sem economias, quando objetiva a promoção de conforto para o paciente nos seus últimos dias de vida e de morte, porém sem interferir no prolongamento da sua vida. Apesar dos esforços, na maior parte do mundo os cuidados paliativos não existem ou estão no início, sendo expressivos somente em poucos países desenvolvidos como Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia.

Palavras-chave: Saúde Pública; Cuidados Paliativos; Cuidados Críticos; Estado Terminal; Doenças Crônicas.

ABSTRACT

This study has as objective to emphasize the importance of palliative care considering its new concept according to the World Health Organization and its ways of acting. According to the new guidelines reviewed in the present text, palliative cares are those that aim to improve the quality, not only of death but of life for individuals. Therefore should be initiated early with no savings, whereas it's an objective of promoting patient comfort in the last days of life and death, but without interfering in prolonging his life.

Despite their efforts, in most of world palliative care does not exist or are on the beginning, being significant only in a few developed countries like England, Australia and New Zealand.

Key words: Public Health; Hospice Care; Public Health; Critical Illness; Critical Care.

INTRODUÇÃO

O cuidado paliativo constitui-se na promoção do alívio do sofrimento físico, emocional e existencial, para a obtenção de melhor qualidade de vida do paciente e de seus familiares, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, a partir de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.^{1,2} Constitui medida a ser implementada de forma simultânea à de outros tratamentos que visam à cura, ao prolongamento da vida ou à modificação da doença.¹

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Av. Fleming no 1.000, apto. 101, bloco 6
Bairro Ouro Preto
Belo Horizonte, MG – Brasil.
CEP: 31310 – 490
Email: marcelomedile@yahoo.com.br

A população com mais de 65 anos é, pela primeira vez na história da humanidade, mais numerosa do que a de menos de cinco anos de idade. A perspectiva para 2030 é de que a população com mais de 65 anos seja de um bilhão de pessoas, um oitavo de toda a população mundial, e pode aumentar mais rapidamente em países em desenvolvimento.^{3,5} constituindo-se as doenças não contagiosas, nesta época, responsáveis por três quartos de todos os óbitos⁶ morte é inexorável, para alguns será súbita (<10%), enquanto para a maioria após longo período de doença, com gradual deterioração do estado geral, até tornar-se moribundo e falecer (>90%). As últimas horas de vida são muito significantes. Elas são a última oportunidade de encerrar negócios, criar última memória, dar último presente, encontrar paz espiritual e dizer adeus, pedir e receber perdão.³

A maioria das pessoas tem visão de morte ideal, em casa, confortável, junto com as pessoas que amam, entretanto, a maioria dos cidadãos dos Estados Unidos da América morre em hospital, com dor e sem serem atendidos em seus últimos desejos. O médico tem papel crítico para permitir que o paciente realize suas atividades enquanto pode e que morra como queira.^{4,7}

Vários são os problemas identificados por familiares de pacientes em final de vida quanto aos cuidados, em especial sobre como se comportar diante do doente em relação às alternativas de tratamento, ao prognóstico e à antecipação de condutas e da morte.⁴ O cuidado paliativo não existe em muitas regiões do mundo, inclusive com insuficiente ou nenhum acesso a medicações para o controle da dor moderada e intensa.⁸

O consumo global de morfina aumentou significativamente, uma vez que alguns governos nacionais e profissionais de saúde adotaram o método analgésico sugerido pela Organização Mundial de Saúde para o alívio da dor oncológica. A maior parte desse consumo, entretanto, verificou-se em poucos países desenvolvidos, o que representa reduzida parte da população mundial.⁹

O Índice de Qualidade de Morte mensurou o atual ambiente dos serviços de cuidados de fim de vida em 40 países, classificando-o em quatro categorias, conforme as variáveis: ambiente de atenção primária de saúde; disponibilidade, custo e qualidade dos cuidados.¹⁰ Destacam-se nessa classificação com média superior: a Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia; e posição inferior: a China, México, Brasil, Índia e Uganda.¹⁰

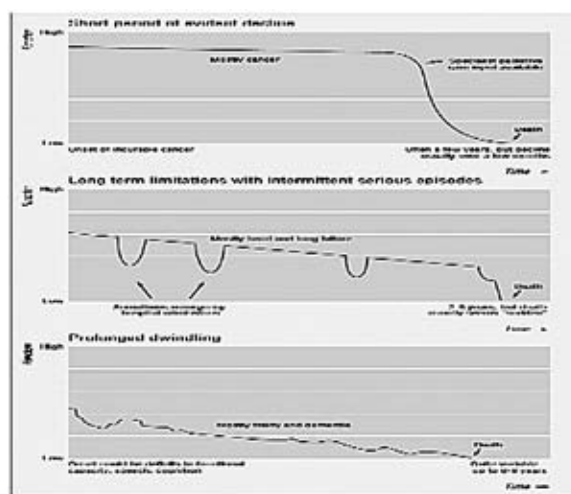


Figura 1 - Typical illness trajectories for people with progressive chronic illness. Adapted from Lynn and Adamson, 2003.⁷ With permission from RAND Corporation, Santa Monica, California, USA.

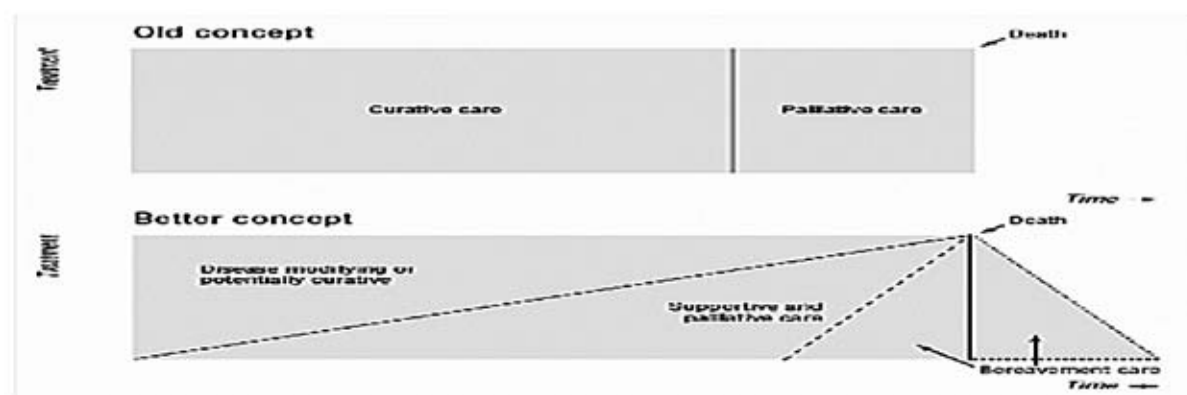


Figura 2 - Appropriate care near the end of life. Adapted from Lynn and Adamson, 2003.⁷ With permission from RAND Corporation, Santa Monica, California, USA

Em estudo realizado em 2010 com 151 portadores de câncer de pulmão de pequenas células, estágio IV, recente, comparando o tratamento usual e acompanhado de cuidados paliativos, em função de humor e qualidade de vida, observou-se que os melhores resultados foram obtidos pelo segundo grupo, com baixo índice de depressão e sobrevida 2,7 meses maior.¹¹ Esse estudo ilustra a necessidade de integrar ótimo controle de sintomas ao tratamento específico da doença.

São três as diferentes evoluções observadas em pessoas com doenças crônicas progressivas, caracterizadas por: a) progressão constante, com definida fase terminal (em geral, no câncer); b) declínio gradual com acutizações (insuficiência cardíaca e respiratória) e recuperação parcial com mais mortes repentinas aparentemente inesperadas; c) declínio gradual próprio de idosos frágeis e pessoas com demência.¹²

RELATODECASO

JOM, masculino, 57 anos de idade, admitido no PA do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, encaminhado do ambulatório de Hepatologia em decorrência de insuficiência hepática associada à cirrose hepática. Era portador de hepatite por vírus C com hepatocarcinoma diagnosticado há quatro anos e de diabetes *mellitus* em uso de insulina NPH e de hipertensão arterial sistêmica em uso de doxazocina, furosemida e espironolactona e esporadicamente de tramadol.

Queixava de redução progressiva do volume urinário, dor abdominal importante, dispneia, insônia há quatro dias e hiporexia. Apresentava-se alerta, orientado, emagrecido, hipocorado, icterico e afebril, dispneico com sons respiratórios reduzidos nas bases pulmonares. A pressão arterial sistêmica (PA) era de 80/50 mmHg, a perfusão capilar lenta e havia edema moderado em membros inferiores. A telerradiografia de tórax evidenciava infiltrado micronodular à direita. Administrada ceftriaxona sob suspeita de peritonite bacteriana primária ou pneumonia.

Evoluiu, no dia seguinte, com melhora, após soroterapia, com PA de 100/70 mmHg, perfusão capilar normal e ainda dispneico. Foi solicitada paracentese de alvío.

Apresentou no terceiro dia de internação confusão mental, dispneia, taquicardia, retenção de escórias nitrogenadas e crepitações em base pulmonar. Foi estendida a propedêutica laboratorial para a pro-

cura de novo foco infeccioso e associada claritromicina à antibioticoterapia.

A abordagem de cuidados paliativos foi iniciada no quarto dia de admissão hospitalar, que constou de ajuste de medicações para dor e dispneia. Houve discreta melhora, que se seguiu nas 24 seguintes com rebaixamento definitivo do sensório, anúria, dispneia, taquicardia e hipotensão arterial sistêmica. O paciente veio a falecer às 15 horas e 42 minutos do dia seguinte.

DISCUSSÃO

A indicação de tratamento paliativo foi demorada. O início do cuidado paliativo deve ser feito em doenças graves, mesmo que exista a possibilidade de tratamentos que prolongam a vida, como radioterapia ou quimioterapia.¹ Não foi oferecida ao paciente a possibilidade de planejar o fim de vida com discussão sobre o prognóstico. Parte fundamental do tratamento de pacientes terminais é a comunicação sobre a doença e a morte.⁴

CONCLUSÃO

Este caso ilustra a despreocupação com o paciente terminal, em especial com as questões referentes ao fim de vida, como controle ótimo de sintomas, boa comunicação e planejamento de ações. Infelizmente, não se trata de um caso único, mas, ao que parece, de realidade mundial mais grave nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Cabe, portanto, aos centros formadores a responsabilidade da mudança na abordagem desses pacientes e a habilitação médica em reconhecer, discutir e facilitar situações de extremo sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. Brunnhuber K, Nash S, Meier DE, Weissman DE, Woodcock J. Putting evidence into practice: Palliative care. London: BMJ Group; 2008.
2. Sepúlveda MC, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *J Pain Sym Man*. 2002; 24:91-6.
3. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. The Education for Physicians on End-of-life Care (EPEC) curriculum. Chicago: American Medical Association; 1999.

4. Pantilat SZ. Care of dying patients: beyond symptom management. *West J Med.* 1999 Oct; 71(4):253-6.
5. National Institute on Aging. National Institutes of Health. US Department of Health and Human Services, and the US Department of State. Why population aging matters: a global perspective. Bethesda: NIH; 2007.
6. World Health Organization. The Global Burden of Disease. 2004 Update, 2008.
7. International Observatory on End of Life Care. Mapping levels of palliative care development: a global view. Lancaster: Lancaster University; 2006.
8. World Health Organization. Access to Controlled Medications Programme. Briefing Note. Geneva: World Health Organization; 2009.
9. Organização Mundial de Saúde. Narcóticos e psicotrópicos, alcançar o equilíbrio na política nacional de controle de opióides diretrizes de avaliação. Brasília: OPAS/OMS; 2000.
10. Economist Intelligence Unit. The quality of death, ranking end-of-life care across the world. Lien: Lien Foundation; 2010.
11. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med.* 2010 Aug 19; 363(8):733-42.
12. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ.* 2005 April 30; 330(7498):1007-11..