STSO

Série Terapias de Suporte em Oncologia
Um Cuidado Centrado no Paciente

Organizadores da Série
Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto
Denise Tiemi Noguchi

Cuidados Paliativos na Oncologia

Editores do Volume
Polianna Mara Rodrigues de Souza
Bernard Lobato Prado
Sonia Perez Cendon Filha

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Atheneu

STSO

Série Terapias de Suporte em Oncologia
Um Cuidado Centrado no Paciente

Organizadores da Série
Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto
Denise Tiemi Noguchi

- Medicina Integrativa
- Nutrição Clínica na Oncologia
- Nutrologia na Oncologia
- Odontologia na Oncologia
- Psicologia na Oncologia





Capítulo 1

Polianna Mara Rodrigues de Souza
Sonia Perez Cendon Filha

Definições e Princípios

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida a pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

OMS, 2002

Os Cuidados Paliativos (CP) são considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma prioridade em saúde e direito humano universal, representam uma abordagem interdisciplinar que promove a prevenção e a redução do sofrimento, buscando proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares que enfrentam os problemas associados a doenças graves e ameaçadoras da vida.[1-3] Trata-se de uma filosofia de cuidados de saúde que combina ciência e humanismo, na tentativa de prevenir e tratar o sofrimento, almejando cuidar de todos os estágios de uma doença grave, não devendo ser limitada somente ao estágio final da vida, como muitos ainda acreditam.

O modelo dicotômico tradicional de tratamento – onde a proposta curativa ou o tratamento modificador da doença era oferecido no diagnóstico e o "cuidado de conforto" dava-se apenas caso não houvesse sucesso do tratamento proposto – está sendo paulatinamente substituído pelo modelo integrado, no qual CP são iniciados ao mesmo tempo que o tratamento curativo ou dos tratamentos capazes de prolongar a vida.[4] Tal cuidado, eminentemente multiprofissional, tem como foco de atenção não a doença, propriamente dita, a ser curada e sim o paciente a ser cuidado e sua família, considerando a morte não como uma "inimiga" a ser a todo custo combatida, mas a aceitando como um processo biológico natural, muitas vezes inevitável.[5]

Alguns de seus princípios fundamentais incluem valorizar a obtenção de um nível ótimo de administração da dor e outros sintomas, utilizando-se da melhor evidência científica disponível, garantindo que os doentes tenham acesso imediato a toda medida,

medicamentosa ou não, necessária para o controle adequado de seus sintomas. Afirmar a vida e entender a morte como uma dimensão esperada do processo de viver, devendo incluir medidas que assegurem aos pacientes os meios que os capacitem a viver da forma mais ativa, produtiva e plena possível durante todo o curso da doença. Não apressar nem postergar a morte, não permitindo qualquer medida que abrevie de forma intencional a vida, assim como não orientar medidas artificias de prolongamento da vida, o que não significa limitação de investigações e tratamentos necessários e adequados para cada situação e sim o seu uso racional e a não utilização de medidas consideradas fúteis. Integrar aspectos sociais, psicológicos e espirituais dos cuidados; oferecer sistema de apoio que auxilie pacientes e famílias tão ativamente quanto possível; considerar como unidade de cuidados o paciente e a sua família, que devem ser cuidados e respeitados em seus princípios, cultura e crenças e auxiliar a família a lidar com a doença e com o luto.[6,7]

Para tanto, considera-se fundamental respeitar o paciente como um indivíduo munido de autonomia e portador do pleno direito às informações apropriadas para as tomadas de decisões sobre sua condição de saúde em conjunto com a equipe que o assiste. A informação adequada e a boa comunicação da equipe com pacientes e familiares são os pilares dos princípios dos Cuidados Paliativos como modalidade terapêutica.[8]

Deve-se então cuidar para que haja uma comunicação verdadeiramente efetiva com familiares e pacientes sobre diagnóstico e prognóstico, assim como possibilidades, riscos e benefícios dos tratamentos possíveis. E, a partir das decisões tomadas em conjunto, zelar para que estas sejam respeitadas, reconhecendo a importância de, sempre que possível, prevalecer as escolhas e desejos do paciente sobre os de qualquer outra pessoa, sempre que sua condição cognitiva assim permitir.[6-8]

A prática dos CP deve ser individualizada, buscando-se sempre o controle dos sintomas que estejam comprometendo o bem-estar daquele paciente específico e interferindo negativamente em sua qualidade de vida.

Em 2004, na publicação *The Solid Facts: Palliative Care*,[9] a OMS recomenda a implantação dos Cuidados Paliativos em todos os sistemas nacionais de saúde, considerando-os como estratégia clínica em áreas como oncologia, geriatria, infectologia e doenças crônicas como pneumopatias, cardiopatias, nefropatias, demências, entre outras.[10]

Um importante marco a respeito da relevância do tema foi o estudo americano multicêntrico *Support*, publicado em 1995. O trabalho envolveu cerca de dez mil pacientes com doenças consideradas intratáveis e com prognóstico de vida de até seis meses, sendo realizado em cinco grandes hospitais. Nesse estudo, algumas importantes questões foram evidenciadas, dentre as quais devem ser citadas: a existência de comunicação pobre e ineficiente entre pacientes e familiares com as equipes de saúde no final da vida; os elevados custos nos cuidados de terminalidade e o inadequado controle da dor, com cerca de 50% dos pacientes morrendo com dor moderada a forte sem prescrição analgésica.[11] Diante dessas evidências, tornaram-se claras as necessidades de fomentar CP e muitos países incrementaram ações nesse sentido.

A integração precoce de CP aos cuidados usuais vem se mostrando de extrema importância em várias condições crônicas, sobretudo nas doenças oncológicas. Ao longo da evolução da doença oncológica, uma parcela significativa de pacientes, em especial aqueles que recebem diagnóstico em fase avançada, sofre com a alta prevalência de sintomas como dor, dispneia, fadiga, ansiedade e depressão. A prevalência desses sintomas é bastante variável, mas pode chegar a cerca de 80% em alguns estudos e contribui sobremaneira para a deterioração da

qualidade de vida.[12,13] Para a adequada avaliação e tratamento de tais sintomas, organizações e sociedades internacionais, como a American Society of Clinical Oncology (ASCO) e European Society of Medical Oncology (ESMO), recomendam a integração cada vez mais precoce de cuidados paliativos ou cuidados de suporte durante o curso da doença.[14-16] Tal recomendação resulta da publicação de um número crescente de estudos randomizados e controlados, com elevado nível de evidência, que demonstraram os benefícios de se ofertar CP precocemente. Ao menos três estudos bem conduzidos demonstraram que a introdução de CP de modo precoce e concomitante ao tratamento oncológico habitual, determina melhora nos níveis de depressão e humor, auxilia no entendimento prognóstico, promove a qualidade de vida e pode, inclusive, impactar a sobrevida global do paciente.[17-20]

É fundamental esclarecer que ser acompanhado por equipes de CP não significa exclusão de recursos diagnósticos e terapêuticos. Pelo contrário, o início precoce da abordagem paliativa não só permite o melhor controle dos sintomas como pode aumentar a sobrevida, diminuindo as hospitalizações e a busca por unidades de pronto atendimento.[21] A integração precoce entre as equipes de CP e as demais equipes que promovem o tratamento curativo possibilitam a elaboração de uma estratégia alinhada de cuidados, com melhores alocação de recursos e comunicação entre todos. Essa parceria é fundamental para o desenvolvimento de confiança e promoção de um melhor entendimento e maior tranquilidade e aceitação nos momentos finais da vida do paciente. Evidências mostram que a discussão sobre limitações de suporte avançado de vida torna-se mais fácil quando há o contato precoce com equipes de CP e o acompanhamento compartilhado com a equipe oncológica.[22]

À despeito do estabelecimento desse novo conceito e do desenvolvimento progressivo em pesquisas e assistência na área em mundo todo, a oferta de Cuidados Paliativos ainda está aquém do necessário, sobretudo nos países em desenvolvimento e com níveis socioeconômicos baixo ou médio, como o Brasil. Em publicação de 2014, a OMS classificou o Brasil como pertencente a um grupo de nações em que há apenas atividades localizadas em cuidados paliativos, dividindo lugar com muitos países africanos e asiáticos, o que mostra que ainda há muito a melhorar.[23]

Conclusões

Os Cuidados Paliativos são definidos pela OMS como uma abordagem que aprimora a qualidade de vida de pacientes e familiares ante a doenças que ameaçam a continuidade da vida. Para tanto, exigem um trabalho ativo que busque a prevenção e o alívio de sofrimentos, com identificação precoce de necessidades e avaliação e tratamentos adequados da dor e outros problemas físicos, sociais, psicológicos e espirituais envolvidos no processo de adoecimento. Novas evidências surgem a cada dia corroborando sua importância e os benefícios da sua introdução precoce, como melhora da qualidade de vida, redução da prevalência de sintomas psíquicos e melhor definição do planejamento de cuidados, inclusive ao fim da vida, além de poder impactar sobre a sobrevida global. Quando aplicados concomitantemente aos tratamentos curativos ou modificadores da doença, podem contribuir no alívio de seus efeitos adversos, além de auxiliar pacientes e familiares nas adaptações necessárias ante as mudanças de vida impostas pela doença, colaborando para um melhor enfrentamento do problema.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. Disponível em: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
2. Brennan F, Gwyther L, Harding R. Palliative care as a human right. Open Society Institute. Public Health Program. Disponível em: http://hospicecare.

com/uploads/2011/8/palliative_care_human-right_brennan_gwyther_harding.pdf
3. Ferrel BR, Temal JS, Tenin J. Integration of palliative care. J Clin Oncol. 2016.
4. Lynn J. Living long in fragile health: the new demographics shape end of life care. Hasting Cent Resp. 2005; S14.
5. Partridge AH, Seah DS, King T. Developing a service model that integrates palliative care throughout cancer care: the time is now. J Clin Oncol. 2014; 32:3330.
6. Bertachini L, Pessini L. O que entender por cuidados paliativos. São Paulo: Paulus; 2006.
7. Matsumoto D. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA. (Org.). Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; 2012: 23-30.
8. Wachterman MW, Pilver C, Smith D. Quality of end-of-life care provided to patients with different serious illnesses. JAMA Intern Med. 2016; 176:1095.
9. Davies E, Higginson I. The solid facts: palliative care. Geneva: WHO; 2004.
10. Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M. Systematic versus on demand early palliative care: a randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. Eur J Cancer. 2016; 69:110.
11. The SUPPORT principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the study to understand prognosis and preferences for outcomes and risk of treatment. JAMA. 1995; 274:1591-8.
12. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, aids, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. Journal of Pain and Symptom Management, v. 31, n. 1, p. 58-69, 2006.
13. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. Supportive Care in Cancer, v. 8, n. 3, p. 175-9, 2000.
14. Cherny NI. et al. ESMO takes a stand on supportive and palliative care. Annals of Oncology, v. 14, n. 9, p. 1335-7, 2003.
15. Smith TJ. et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. Journal of Clinical Oncology, v. 30, n. 8, p. 880-7, 2012.
16. Sepúlveda C. et al. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. Journal of Pain and Symptom Management, v. 24, n. 2, p. 91-6, 2002.
17. Bauman JR, Temel JS. The integration of early palliative care with oncology care: the time has come for a new tradition. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, v. 12, n. 12, p. 1763-71, 2014.
18. Bakitas M. et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. Jama, v. 302, n. 7, p. 741-9, 2009.
19. Temel JS. et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. New England Journal of Medicine, v. 363, n. 8, p. 733-42, 2010.
20. Zimmermann C. et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. The Lancet, v. 383, n. 9930, p. 1721-30, 2014.
21. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A. Effects of early integrative palliative care in patients with lung and GI cancer. A randomized clinical trial. J Clin Oncol. 2017; 35:834.
22. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? J Pain Symptom Manage. 2003; 25:150.
23. Connor S, Bermedo MCS. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva, Switzerland/London, UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance, 2014.