ATUALIZAÇÃO DE TEMA

OPEN ACCESS

Cuidamos dos Sofrimentos de Nossos Pacientes?

Do We Take Care of Our Patients' Sufferings?

Manuele Alencar[1*]
[1]*Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Santa Izabel; Salvador, Bahia, Brazil*

Através deste artigo, chamamos a atenção para a necessidade do cuidado paliativo e a necessidade da identificação pelos profissionais de saúde e pela família dos sinais relacionados ap sofrimento do paciente e de quando e quanto intervir neste processo. Tendo em vista o envelhecimento da população, há um aumento significativo no número de casos de câncer, demência, doenças cardiorrespiratórias e doenças crônicas, o que faz com que os cuidados paliativos sejam uma realizada iminente para os profissionais de saúde no reconhecimento do sofrimento desses pacientes no intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente o maior tempo anterior possível à sua morte.
Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Envelhecimento; Sofrimento; Identificação.

Correspondence addresses:
Dr. Manuele Alencar
manuele.alencar@santacasaba.org.br

Received: August 11, 2021

Revised: August 27, 2021

Accepted: September 12, 2021

Published: September 30, 2021

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of author's initiative. There was no support of research or publication funds.

Competing interests: The author has declared that no competing interests exist.

Copyright
© 2021 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia. All rights reserved.
ISSN: 2526-5563
DOI: 10.35753

This article makes a point of the need for palliative care and the need for identification by health professionals and the family of signs related to the patient's suffering and when and how much to intervene in this process. Because of the aging of the population, there is a significant increase in the number of cases of cancer, dementia, cardiorespiratory diseases, and chronic diseases, which makes palliative care an imminent practice for health professionals in recognizing the suffering of these patients to improve the patient's quality of life as long as possible before death.
Keywords: Palliative Care; Aging; Suffering; Identification.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o Cuidado Paliativo como uma abordagem cujos objetivos são a prevenção e alívio do sofrimento de pacientes, adultos e pediátricos, e de seus familiares, que enfrentam os problemas associados a doenças ameaçadoras da vida.[1] A avaliação e o tratamento de sintomas físicos e psicológicos, identificação e apoio ao sofrimento espiritual, comunicação especializada, para estabelecer metas de cuidado e auxiliar na complexa tomada de decisão médica e coordenação do cuidado, são os principais componentes deste cuidado.[2]

Com o progressivo envelhecimento da população mundial, a morte por doenças crônicas, incuráveis e progressivas, e não agudas, tornam-se cada vez mais comuns e prevalentes. As doenças cardiovasculares (38,5%), o câncer (34%), as doenças respiratórias crônicas (10,3%), a AIDS (5,7%) e o diabetes (4,6%) são as principais causas de morte no mundo. Mas, para além destas, muitas outras condições patológicas levam a grandes sofrimentos, incluindo insuficiência renal, doença hepática crônica, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatoide, doenças neurológicas, demências, anomalias congênitas e tuberculose resistente a medicamentos.[3] Uma consequência

direta disso é a trajetória longa de sofrimento antes da morte de muitas pessoas, com maior prevalência de sintomas debilitantes, resultando em necessidades mais complexas, variadas e de cuidados mais prolongados no final da vida.[4]

Os sintomas físicos são importantes causas de sofrimento em pacientes portadores de doenças graves, e o seu controle é um dos pilares do Cuidado Paliativo. Dor e dispneia são dois dos sintomas mais frequentes e graves experimentados por estes pacientes. Estima-se, por exemplo, que 80% dos pacientes com AIDS ou câncer, e 67% dos pacientes com doença cardiovascular ou doença pulmonar obstrutiva crônica sentirão dor moderada a grave no final de suas vidas.[3] Estes fatos levam ao reconhecimento da OMS de que o Cuidado Paliativo e o adequado controle de sintomas físicos são necessidades imperiosas a serem atendidas, responsabilidades éticas dos sistemas de saúde, sendo dever ético dos profissionais de saúde aliviar a dor e o sofrimento de pacientes cronicamente graves.[5]

A despeito deste conhecimento, o cuidado de indivíduos com doenças graves ainda é, muitas vezes, marcado pelo controle inadequado dos sintomas e por percepção ruim do paciente e da família sobre a qualidade do cuidado, e como discordante com os objetivos e preferências pessoais dos mesmos.[6] Ainda é muito comum que os sintomas associados a processos de adoecimento graves sejam negligenciados e minimizados, em detrimento de métodos diagnósticos e terapêuticos obstinados, progressivamente, e cada vez mais, menos resolutivos frente às progressões naturais e inexoráveis das doenças crônicas. Como resultado, assistimos o aumento significativo dos gastos com saúde, na fase final de vida destes indivíduos, que não se traduzem em melhoria de suas qualidades de vida.[6]

A prevalência e a indicação de priorização do controle de sintomas já é algo bem estudado e reconhecido no câncer. As sociedades internacionais de Oncologia já estabelecem os critérios de qualidade assistencial baseados no adequado controle sintomático dos pacientes oncológicos. Contudo, esses pacientes ainda sofrem com sintomas mal controlados ao longo do curso da doença, e este reconhecimento não é bem estabelecido nas doenças não oncológicas, que correspondem a cerca de 2/3 das causas de morte no mundo. Alguns estudos demonstram que pessoas com condições não oncológicas experimentam um grau semelhante de angústia secundária aos sintomas físicos que pacientes com câncer.[7] Mesmo a dor sendo um sintoma comum em muitas doenças avançadas, e reconhecido como quinto sinal vital, mesmo esse sintoma, é muitas vezes mal avaliado e, consequentemente, mal controlado.[8]

Pelo exposto, a OMS estima e reconhece que, a cada ano, 40 milhões de pessoas estejam precisando de cuidados paliativos e de controle de sintomas, 78% deles em países de baixa e média renda. Todavia, em todo o mundo, apenas cerca de 14% destas pessoas, atualmente, o recebem.[3] A maioria, portanto, convive com mau controle de sintomas, má qualidade de vida e sofrimento nas etapas finais da vida.

Reconhecendo que a necessidade de cuidado paliativo e alívio de sofrimentos serão necessidades cada vez maiores no mundo, a OMS recomenda que investimentos institucionais e de políticas de saúde sejam realizados, no sentido de treinar profissionais e equipes, de forma a garantir alívio de sintomas e acesso a medicações adequadas, incluindo opioides, aos pacientes graves. Reconhece-se que o não controle de sintomas tratáveis é perpetuado pela falta de conhecimento e treinamento dos prestadores de cuidados de saúde hospitalares, da atenção primária e cuidadores.[5]

Idealmente, da mesma forma que a hipertensão ou diabetes descomplicadas são administradas por profissionais da atenção primária, e não por cardiologistas ou endocrinologistas, o cuidado paliativo básico e o controle de sintomas podem e devem ser fornecidos por médicos de tratamento primário, não especialistas. Os cuidados paliativos de nível especializado deveriam ser

reservados aos casos clínicos mais complexos e difíceis. No entanto, a realidade ainda é que a maioria dos médicos e outros profissionais de saúde, atualmente em prática, têm formação limitada para alívio de sintomas e sofrimentos em condições em que o tratamento para controle da doença não mais oferece resultados, ou até mesmo os potencializa.[2]

O cuidado paliativo, o reconhecimento de sofrimentos, e o controle de sintomas devem fazer parte importante da atuação de qualquer médico, e a conscientização de uma abordagem estruturada para o gerenciamento de sintomas comuns como dor, náusea e vômito, constipação e dispneia, é essencial.[9] Falta de conhecimento, tempo limitado, restrições socioeconômicas e diminuição da disponibilidade de medicamentos necessários servem como obstáculos significativos. A prescrição antecipatória dos "4 As" (analgésico, anti-emético, ansiolítico e anti-secretor) é uma abordagem proativa e adequada para garantir que a medicação esteja disponível, se necessário, para sintomas comuns nas últimas etapas de vida, como dor, secreções das vias aéreas superiores, ansiedade e agitação.[9] Compreender o mecanismo de ação, juntamente com a farmacocinética e farmacodinâmica, dos opioides e outras drogas, são essenciais para o uso e titulação adequados dos medicamentos, de forma a alcançar o adequado controle sintomático.[10]

Considerando, então, que cuidado, em sua essência, implica em promover o bem-estar e evitar ou tratar o sofrimento do outro, em situações de limites de medidas terapêuticas para doenças graves avançadas, torna-se compulsório que os médicos se debrucem sobre o conhecimento do adequado controle sintomático. Desde a sua avaliação, seleção e manejo de drogas, à orientação e adequação das opções terapêuticas aos desejos e valores dos pacientes, reavaliação e controle de efeitos adversos, garantindo-lhe a melhor qualidade de vida e funcionalidade possíveis. Para além disto, em algumas situações, até maior sobrevida.[11]

Referências

1. WHO Definition of palliative care/WHO Definition of palliative care for children. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en).
2. Palliative Care for the Seriously Ill. N Engl J Med 2015; 373:747-755.
3. WHO. Palliative Care (who.int). 2020
4. Are There Differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. Journal of Pain and Symptom Management 2014;48(4).
5. WHO. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Sixty-Seventh World Health Assembly 2014;24 May.
6. National Coalition for Hospice and Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition, 2020.
7. Solano JP, Gomes B. 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 2006;31(1).
8. Updates in palliative care – Overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. Clinical Medicine 2018;18(1).
9. Harris D. Safe and effective prescribing for symptom management in palliative care. British Journal of Hospital Medicine 2019;80(12).
10. Cancer Pain Management: Safe and Effective Use of Opioids. ASCO EducationalBook 2015.
11. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010;363:733-742.
12. Kobewka D, Ronksley P, McIsaac D, Mulpuru S, Forster A. Prevalence of symptoms at the end of life in an acute care hospital: a retrospective cohort study. CMAJ Open. 2017 Mar 9;5(1):E222-E228. doi: 10.9778/cmajo.20160123. PMID: 28401138; PMCID: PMC5378541.