

## **O “EU” PENSO PALIATIVO: INDICADORES PARA PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO**

**Maísa Cristine de Oliveira Borba<sup>30</sup>**

**Victor Augusto de Castro<sup>31</sup>**

**Thayna Fernandes Dias<sup>32</sup>**

**Cristhina Kelly Gomes da Silva<sup>33</sup>**

**Ivanilde Batista da Silva<sup>34</sup>**

**Thais Cristina Santana de Melo<sup>35</sup>**

**Roberta Mara da Silva<sup>36</sup>**

**Reismara Ribeiro da Luz<sup>37</sup>**

**Tainara Sardeiro de Santana<sup>38</sup>**

### **RESUMO**

O tratamento para os pacientes de CA ofertado é os Cuidados Paliativos (CP). A CP tem como objetivo minimizar os sinais e sintomas latentes no paciente que possam comprometer seu dia a dia, controlar os efeitos colaterais e melhorar a QV. Durante toda a formação acadêmica dos profissionais de saúde, eles são educados a lutar contra a morte e salvar vidas, como se a morte fosse uma batalha a ser vencida dentro das possibilidades e o cenário presente de tecnologia avançada. Por volta de 1960 surgiu na Europa o Movimento Hospice Moderno, o qual chegou à América do Norte 14 anos mais tarde, expresso como Movimento pelos Cuidados Paliativos. Contudo, no Brasil, somente em 1980 iniciou debate sobre CP. Este movimento constituiu numa busca por cuidados no processo de morte e morrer, numa tentativa de associar os cuidados prestados desde o nascer, com respeito e dignidade em busca em minimizar os sofrimentos de quem está neste processo e de seus familiares. Aos profissionais

<sup>30</sup> Graduada em Medicina. Especialista em Endocrinologia: E-mail: maisaborba@hotmail.com

<sup>31</sup> Graduação em Enfermagem. MBA em Gestão em Saúde com Ênfase em Administração Hospitalar. Especialista em Oncologia Clínica, Auditoria dos Serviços de Saúde, Nefrologia e Musicoterapia. E-mail: victoraugusto91@hotmail.com

<sup>32</sup> Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Unicamps. E-mail: thayna\_ebccountabilidade@hotmail.com

<sup>33</sup> Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Unicamps. E-mail: kelleycristhina7@gmail.com

<sup>34</sup> Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Unicamps. E-mail: ivanildybatista@gmail.com

<sup>35</sup> Graduação em Enfermagem. Especialista em CCIH e especialização em andamento em Oncologia. E-mail: thaiscristina\_sm@hotmail.com

<sup>36</sup> Graduação em Enfermagem. Especialista em Saúde Mental e Dependência Química. E-mail: rmtel@hotmai.com

<sup>37</sup> Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Unicamps. E-mail: reismaraluz@gmail.com

<sup>38</sup> Graduação em Enfermagem. Especialista em Centro Cirúrgico/CME/RPA, Auditoria em Saúde e Reabilitação Visual Doutora pelo Programa de Pós Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. E-mail: entfainara@gmail.com

da saúde estabelece parâmetros para facilitar na abordagem assertiva durante esse processo e que CP não deve ser aplicada tardiamente, visto que quem sofre além dos pacientes são seus familiares e aqueles profissionais que criaram vínculos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer avançado. Cuidados Paliativos. Qualidade de vida.

## **ABSTRACT**

The treatment offered to AC patients is Palliative Care (PC). PC aims to minimize latent signs and symptoms in the patient that can compromise their daily lives, control side effects and improve QoL. Throughout the academic training of health professionals, they are educated to fight death and save lives, as if death were a battle to be won within the possibilities and the present scenario of advanced technology. Around 1960, the Hospice Moderno Movement emerged in Europe, which arrived in North America 14 years later, expressed as the Movement for Palliative Care. However, in Brazil, it was only in 1980 that a debate on PC began. This movement constituted a search for care in the process of death and dying, in an attempt to associate the care provided since birth, with respect and dignity, in an attempt to minimize the suffering of those who are in this process and their families. Health professionals establish parameters to facilitate the assertive approach during this process and that PC should not be applied late, as those who suffer in addition to the patients are their family members and those professionals who created bonds.

**KEYWORDS:** Advanced cancer. Palliative care. Quality of life.

## **1 INTRODUÇÃO**

Aproximadamente 90% das mortes de pacientes com câncer estão relacionadas progressão da doença, dos quais são decorrentes do diagnóstico e do tratamento tardio. O câncer avançado (CA) se torna agressivo e incurável, resulta na piora da capacidade funcional, no aumento considerável dos sintomas que compromete a qualidade de vida (QV) (WEINBERG, 2014; DONG *et al*, 2015).

O tratamento para os pacientes de CA ofertado é os Cuidados Paliativos (CP). A CP tem como objetivo minimizar os sinais e sintomas latentes no paciente que possam comprometer seu dia a dia, controlar os efeitos colaterais e melhorar a QV. Outras indicações de tratamentos sistêmicos (quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia), a radiação e a cirurgia podem ser inseridas para proporcionar sobrevida sem prolongamento desnecessário (Silva *et al*, 2019).

Durante toda a formação acadêmica dos profissionais de saúde, eles são educados a lutar contra a morte e salvar vidas, como se a morte fosse uma batalha a ser vencida dentro das possibilidades e o cenário presente de tecnologia avançada. Prolongando os dias de vida não respeitando as decisões do paciente, ignorando

questões relacionadas à qualidade e, acima de tudo, à dignidade humana (Ferreira *et al*, 2016).

Infelizmente, a morte se torna um exemplo claro do infortúnio das tecnologias, numa busca implacável pela manutenção da vida, dentro de um paradigma sobre o qual cabe reflexão no cenário acadêmico e profissional (Dalal *et al*, 2011).

## **2 ASPECTOS HISTÓRICOS E CLÍNICOS PARA AVALIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA A CP**

Por volta de 1960 surgiu na Europa o Movimento Hospice Moderno, o qual chegou à América do Norte 14 anos mais tarde, expresso como Movimento pelos Cuidados Paliativos. Contudo, no Brasil, somente em 1980 iniciou debate sobre CP. Este movimento constituiu numa busca por cuidados no processo de morte e morrer, numa tentativa de associar os cuidados prestados desde o nascer, com respeito e dignidade em busca em minimizar os sofrimentos de quem está neste processo e de seus familiares (SILVA & AMARAL, 2013).

Finalmente, uma abordagem pautada em práticas e ações integradas e direcionadas para pacientes com CA, doenças crônicas degenerativas e progressivas, sem prognóstico final de cura, baseado no controle dos sinais e sintomas envolvendo as dimensões biopsicossocioespiritual em prol da prevenção destes (MATSUMOTO, 2009).

Assim, surge um debate: “Será mesmo que estamos praticando ou assistindo o paciente de forma correta?”, “Eu penso paliativo, quando tenho paciente com CA?”, “Faz mais de 30 anos que Cuidados paliativos é inserido no contexto nacional, mas qual é a prática que tem sido abordada nos hospitais?” (SILVA & AMARAL, 2013).

Outras indagações são mencionadas durante este processo: “Não há nada para fazer aos pacientes em Cuidados Paliativos”, “Este é Fora das Possibilidades Terapêuticas (FPT)”, “Não temos que investir neste paciente”, “Se parar, parou” (FERREIRA *et al*, 2016; MATSUMOTO, 2009; SILVA, 2019).

Assim, surge a inquietação de como têm sido desenvolvidas nas instituições que recebem estes pacientes, principalmente oncológicas, onde o paciente com idade, prognóstico de 1 ano de vida não pode ser considerado paliativo. Além disso, há aqueles casos que pacientes com tumores avançados estágio 2b, e/ou avançados, que já foram submetidos a uma série de tratamentos onde não foram feitas a abordagem paliativa subsequente (SILVA, 2019).

Ao considerar essas questões inerentes, existe a premissa aos pacientes que são diagnosticados com CA no ambulatório não recebem a abordagem paliativa por serem virgem de tratamento. Outros pacientes não são encaminhados para CP pelo simples fato de serem confundidos ao serem internados e se evoluírem para uma piora clínica internados não serão reabordados. Neste último refiro aos pacientes que evoluem para parada cardiorrespiratória (PCR) que pelo PS (Performance Status) não são recebidos na unidade de terapia intensiva (UTI) (SILVA & AMARAL, 2013; DALAL, 2011; SILVA, 2019).

O que dizer então dos pacientes que são assistidos pelos profissionais? “Este é FPT”. Eles mencionam com certo alívio que se estes pacientes evoluírem para Insuficiência Respiratória Aguda que podem conduzir para PCR poderão dizer aos familiares que este descansou (Dong *et al*, 2015).

Ainda há um despreparo no cenário profissional, enquanto no cenário acadêmico houve um avanço considerável nas pesquisas em cuidados paliativos nos últimos anos. Contudo, e quando estes se tornarem profissionais estarão habilitados para acolher este paciente e seus familiares? (Schochi *et al*, 2013)

Nesse momento, o que deve ser lançado como questionamento: “Quando devemos ao certo acolher estes pacientes?”, “Qual é o momento ideal para encaminhar paciente para CP?” (Dalal *et al*, 2011).

Para responder essas perguntas foi realizado um estudo Delphi com 60 especialistas internacionais que identificaram com média de 88-100% de concordância 11 critérios principais e 36 critérios menores para solicitar o encaminhamento para cuidados paliativos. Qualquer critério principal relacionado é suficiente para indicar o encaminhamento. Contudo para os critérios menores, na ausência de outros fatores principais não devem ser usados individualmente para acionar um encaminhamento (Hui *et al*, 2016).

Neste intuito, segue os critérios principais sendo que nove deles são baseados na necessidade, enquanto dois baseados no tempo para referenciar pacientes com CA para a CP:

- Sintomas físicos graves (ex.: dor, dispneia ou náusea, com ESAS > ou = 7);
- Sintomas emocionais graves (ex.: depressão, ansiedade com ESAS > ou = 7);
- O paciente pede para morrer;
- Sofrimento espiritual ou existencial;
- Necessidade de assistência na tomada de decisão ou planejamento de cuidados;
- Paciente solicita Cuidados Paliativos;
- Presença de delirium;
- Presença de metástases cerebrais ou leptomeníngeas;
- Presença de compressão medular ou de cauda equina;
- Três meses após o diagnóstico de câncer avançado ou incurável em pacientes com sobrevida menor ou igual a 1 ano;
- Diagnóstico de câncer avançado em progressão de doença em vigência de quimioterapia de segunda linha (incurável).

É importante ressaltar que esses critérios devem ser norteadores com objetivo de aumentar, não substituindo, o julgamento clínico e que necessitam ser personalizados para cada paciente e instituição de acordo com disponibilidade de recursos (NEIVA, 2019).

Hui *et al* (2020) posteriormente publicaram no “Supportive Care in Cancer” um estudo retrospectivo realizado em seu serviço entre 1 de janeiro de 2016 e 18 de fevereiro de 2016 para compreender melhor esses critérios de referência. O objetivo em foco era determinar a proporção de pacientes encaminhados para cuidados paliativos que atendiam aos principais critérios de referência. Dentre eles:

- 85% atenderam a pelo menos um dos 11 principais critérios no momento do encaminhamento para cuidados paliativos, fato que sustenta a aplicabilidade na prática clínica.
- Os critérios mais comuns foram relacionados ao sofrimento físico grave (70%), seguido do sofrimento emocional grave (18%), assistência na tomada de decisão/ planejamento assistencial (13%) e metástases cerebrais/leptomeningeas 13%.
- Quanto aos critérios relacionados ao tempo, 27% foram encaminhados dentro de 3 meses após o diagnóstico de câncer avançado e 32% após progressão de  $\geq 2$  linhas de terapia sistêmica paliativa.

Com isso temos indicadores e avaliações que podem auxiliar nesse processo para os pacientes com CA, não esquecendo das escalas de PPS (Palliative Performance Scale), Karnofsky e PPI (Palliative Prognostic Index) que podem nos fornecer critérios além dos supracitados (Temel e colaboradores, 2010).

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considera-se fundamental disseminação, no teor acadêmico e profissional, do conhecimento de critérios e avaliação que podem conduzir o paciente para terapêutica correta e/ou concomitante.

Aos profissionais da saúde estabelece parâmetros para facilitar na abordagem assertiva durante esse processo e que CP não deve ser aplicada tardiamente, visto que quem sofre além dos pacientes são seus familiares e aqueles profissionais que criaram vínculos.

### **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.274/GM/MS de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a Organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único da Saúde. 2010.

BRASIL. **Portaria nº 874/GM/MS de 16 de maio de 2013.** Institui a Política Nacional

para Prevenção e Controle do Câncer na rede de Atenção em Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2013.

DALAL, S.; *et al.* Association between a name change from palliative to supportive care and the timing of patient referrals at a comprehensive cancer center. **Oncologist** v. 16, n. 1: p.105-11, 2011.

DONG, S. T.; *et al.* Symptom clusters in advanced cancer patients: Na empirical comparison of statistical methods and the impact on quality of life. **J Pain Symptom Manage**. v. 51, n. 1, p. 88-98, 2016.

FERREIRA, M. A. L.; *et al.* Palliative care and nursing in dissertations and theses in Portugal: a bibliometric study. **Rev Esc Enferm. USP**. v. 50, n. 2, p. 313-319, 2016.

HUI, D.; *et al.* Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. **Lancet Oncol**. v. 17, n. 12, p. 552-559, 2016.

Hui, D.; *et al.* Examination of referral criteria for outpatient palliative care among patients with advanced cancer. **Support Care Cancer**. v. 28, n. 1, p. 295-301, 2020.

JACOBSEN J.; *et al.* Components of early outpatient palliative care consultation in patients with metastatic nonsmall cell lung cancer. **J Palliat Med**. v. 14, n. 4, p. 459-64, 2011.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic. p. 14-19, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Política Nacional de Atenção Oncológica. **Norma Técnica revisada após CT de atenção em Saúde**. Nov, 2005.

NEIVA, C. **Quando encaminhar o paciente com câncer para cuidados paliativos?** PEBMED, 2019.

NUNES, L. M. P.; *et al.* Cuidados paliativos para pacientes com câncer: Revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme** v. 77, p. 55-59, 2016.

SCHOCHI, C. G. S; *et al.* Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n. Spe: p. 80-89, 2013.

SILVA, L. S.; *et al.* Quality of Life of Patients with Advanced Cancer in Palliative Therapy and in Palliative Care. **Aquichan**, v. 19, n. 3, p. e1937, 2019.

SILVA, R. S.; AMARAL, J. B. Trajetória histórica do Movimento Hospice Moderno e as contribuições de uma enfermeira. In: SILVA, R. S., AMARAL, J. B., MALAGUTTI W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo (SP): Martinari, 2013.

TEMEL, J. S.; *et al.* Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. **N Eng J Med**. v. 363, n. 8, p. 733-42, 2010.

WEINBERG, R. A. The biology of cancer. 2nd ed. New York: Garland Science. p. 728, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO definition of palliative care**. Geneva: WHO, 2018.