



Cuidados Paliativos na Atenção Oncológica

Germana Hunes

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

Hospital do Câncer IV – Cuidados Paliativos

Fevereiro/2017

A Sociedade e a Terminalidade

Cuidado Paliativo Oncológico – Por que falar sobre isso?

Cuidado Paliativo Moderno – algumas definições

O Cuidado Paliativo no Brasil e no mundo

Quando iniciar CP e a importância do prognóstico

HC IV – a experiência do INCA em cuidado paliativo

História da Morte

I Idade Média (Séc. V – XII)

Morte “domesticada”, “familiar”, algo natural da vida.

II Idade Média (Séc. XII – XV)

Morte clericalizada.
Igreja como intermédio ao Paraíso.
Julgamento Final – Céu ou Inferno.
Início das incertezas com a morte.

Id. Moderna (a partir Séc. XVII)

Morte romantizada, processo de ruptura com a vida. Complacência com ideia da morte

A partir Séc. XIX

Luto resignificado, mais dificuldade para aceitação da morte

Ariès, P. Sobre a História da Morte no Ocidente, 1989

História da Morte

Segunda metade Séc. XX

Mudança brusca com relação a morte. Sociedade prioriza valorização da **felicidade**, torna-se mais tecnológica e totalmente voltada para produção e o progresso .

Morte passa a ocorrer nos **hospitais**, CTIs, **longe da família**.

Evita-se falar da morte por trazer à consciência nossa **própria finitude**.

Deixa-se de falar com pacientes sobre gravidade de sua doença, buscando poupá-los.

“O que mais atormentava Ivan Ilitch era o fingimento, a mentira, que por alguma razão todos eles mantinham, de que ele estava apenas doente e não morrendo e que bastava que ficassem quietos e seguissem as ordens médicas que ocorreria uma grande mudança para melhor.”

A Morte de Ivan Ilitch (Tolstói, 2002)

Ariès, P. Sobre a História da Morte no Ocidente, 1989; Carvalho, V.A. A Vida que há na Morte, 1996; Souza, M. B.A Morte esperada, 2002

O Médico e a Morte

- Hipócrates – o médico é um auxiliar da natureza. Propõe que se respeite a inexorabilidade da morte.
- Séc. XIX – passa a haver a preocupação da medicina com a cura, buscando-se nos cadáveres os motivos da morte. A morte iluminando a vida.



A Lição de Anatomia do Dr Tulp (Haia, 1632)

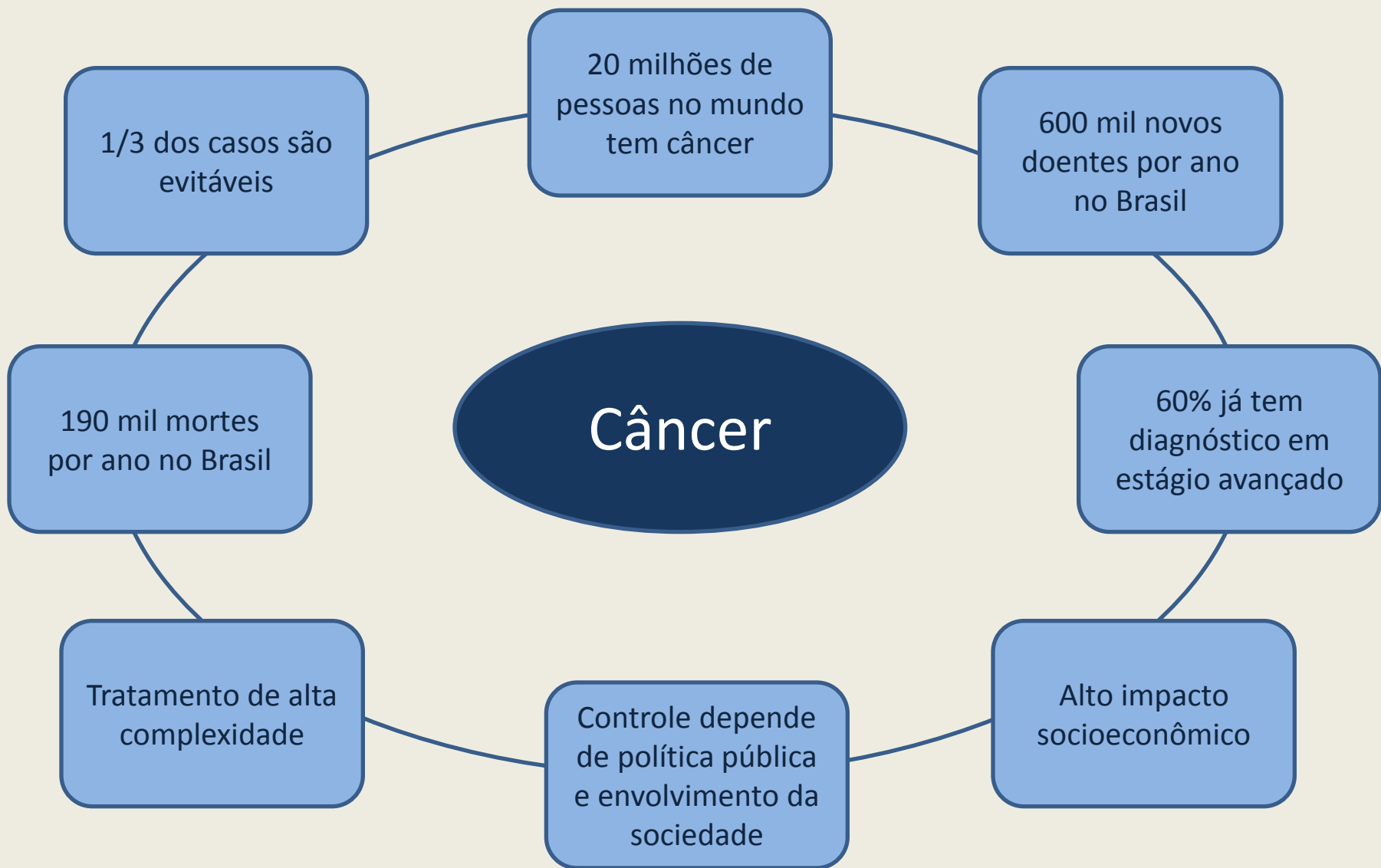
CURAR

Investimento na vida a qualquer preço,
medicina de alta tecnologia sobrepõe
as práticas mais humanistas

Cuidar

Aceitação da morte
como parte da
condição humana,
leva em conta a
pessoa doente e
não somente o mal,
ênfatiza a
multidimensionalida
de da própria
doença.

Pessini, 1997



Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016



Estimativa do número de casos novos, em mulheres, Brasil, 2016

Localização Primária	Casos Novos	%
Mama feminina	57.960	28,1%
Cólon e Reto	17.620	8,6%
Colo do útero	16.340	7,9%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.890	5,3%
Estômago	7.600	3,7%
Corpo do útero	6.950	3,4%
Ovário	6.150	3,0%
Glândula Tireoide	5.870	2,9%
Linfoma não Hodgkin	5.030	2,4%
Sistema Nervoso Central	4.830	2,3%
Leucemias	4.530	2,2%
Cavidade Oral	4.350	2,1%
Esôfago	2.860	1,4%
Pele Melanoma	2.670	1,3%
Bexiga	2.470	1,2%
Linfoma de Hodgkin	1.010	0,5%
Laringe	990	0,5%
Todas as Neoplasias sem pele*	205.960	
Todas as Neoplasias	300.870	



*Todas as neoplasias exceto pele não melanoma

Fonte: MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2016

MS / INCA / Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância



Ministério da Saúde





Estimativa do número de casos novos, em homens, Brasil, 2016

Localização Primária	Casos Novos	%
Próstata	61.200	28,6%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	8,1%
Côlon e Reto	16.660	7,8%
Estômago	12.920	6,0%
Cavidade Oral	11.140	5,2%
Esôfago	7.950	3,7%
Bexiga	7.200	3,4%
Laringe	6.360	3,0%
Leucemias	5.540	2,6%
Sistema Nervoso Central	5.440	2,5%
Linfoma não Hodgkin	5.210	2,4%
Pele Melanoma	3.000	1,4%
Linfoma de Hodgkin	1.460	0,7%
Glândula Tireoide	1.090	0,5%
Todas as Neoplasias sem pele*	214.350	
Todas as Neoplasias	295.200	



*Todas as neoplasias exceto pele não melanoma

Fonte: MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2016

MS / INCA / Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância



Ministério da Saúde



2012



14,1 milhões
casos novos



8,2 milhões de
mortes por
câncer

2030



21,4 milhões
casos novos



13,2 milhões
de mortes por
câncer

Cuidado Paliativo

Termo Paliativo - Conotação negativa, ineficaz



Do Latim *Pallium*: Manto usado pelos peregrinos em suas viagens aos santuários para proteção nas intempéries

Cuidado Paliativo Moderno



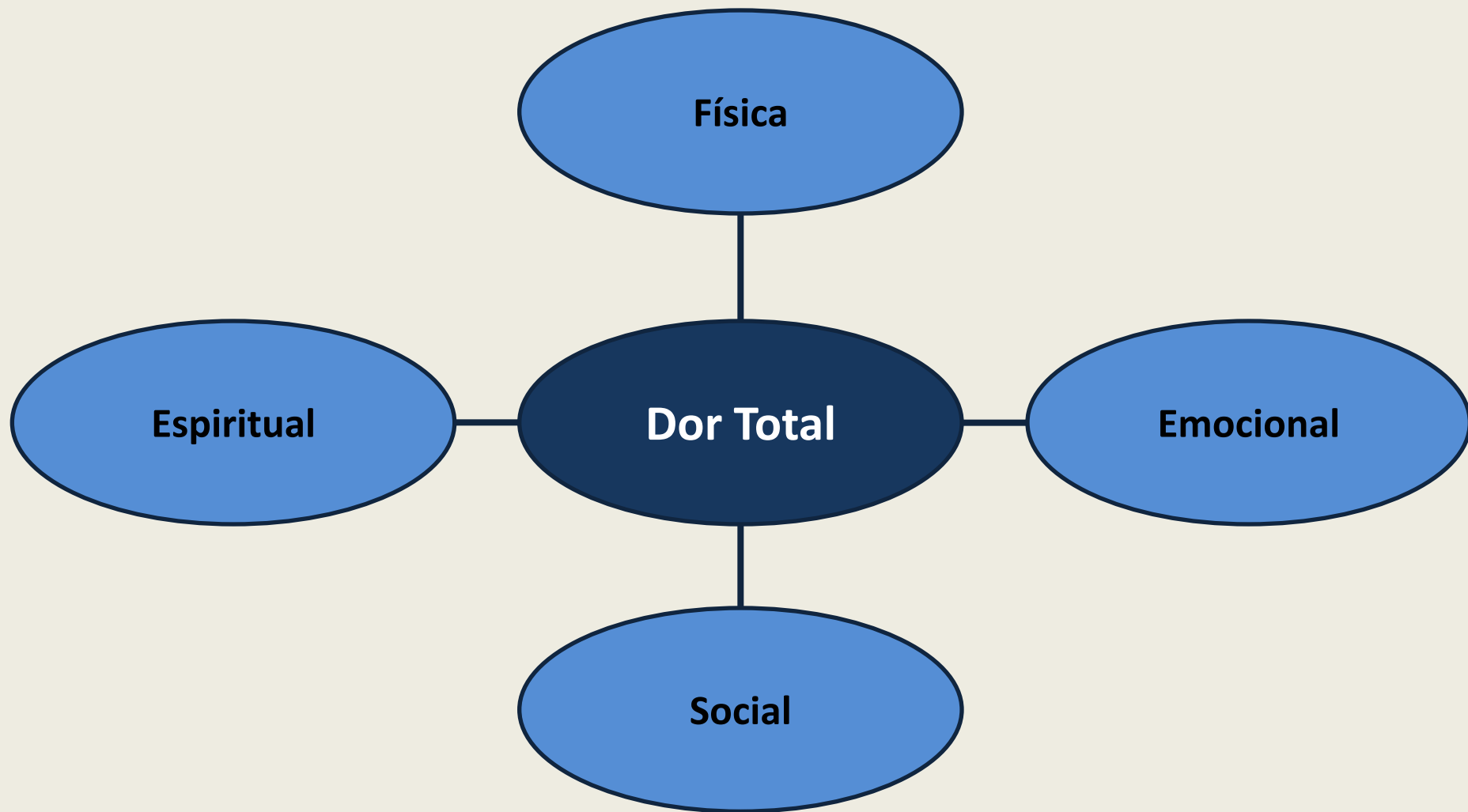
Medicação com horário definido x Esperar paciente sentir dor

1967 – Saint Christopher´s Hospice – Londres



Cuidado Paliativo Moderno

- Equipe Interdisciplinar
- Cuidado holístico
- Controle de sintomas
- Suporte familiar
- Suporte após o óbito
- Cuidados Domiciliares
- Pesquisa, Educação e Treinamento
- Dor Total



Saunders C, Sykes N, The Management of Terminal Malignant Disease – Londres, 1993

“Inevitavelmente, cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que isso aconteça de uma forma **digna, cuidadosa e menos dolorosa possível** merece tanta prioridade quanto qualquer outra. Essa é uma prioridade não somente para a profissão médica, para o setor saúde ou para os serviços sociais, mas para toda a sociedade.”

Organização Mundial de Saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Cuidado Paliativo

Abordagem que busca qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de doenças ameaçadoras da vida através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos , psicossociais e espirituais.

www.who.int

Organização Mundial de Saúde, 2002

Princípios dos Cuidados Paliativos

Comunicação

- Clara, objetiva, entre profissionais e com pacientes/familiares

Bom Controle de Sintomas

- Antecipação, tratamento individualizado, reavaliação e supervisão, atenção a detalhes

Time Interdisciplinar

- Atitude especial ante o conhecimento, que se evidencia no reconhecimento das competências, incompetências, possibilidades e limites da própria disciplina e de seus agentes, no conhecimento, na valorização suficiente das demais disciplinas que se sustentam e tangem o saber e o fazer.

Bioética

- Autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça

Robert Twvcross

Cuidado Paliativo

- Afirmação da vida; morte como evento natural
- Garantir qualidade de vida
- Controle da dor e outros sintomas
- Integração dos aspectos clínicos, psicológicos, espirituais, sociais
- Ajudar o paciente a viver de maneira ativa até sua morte

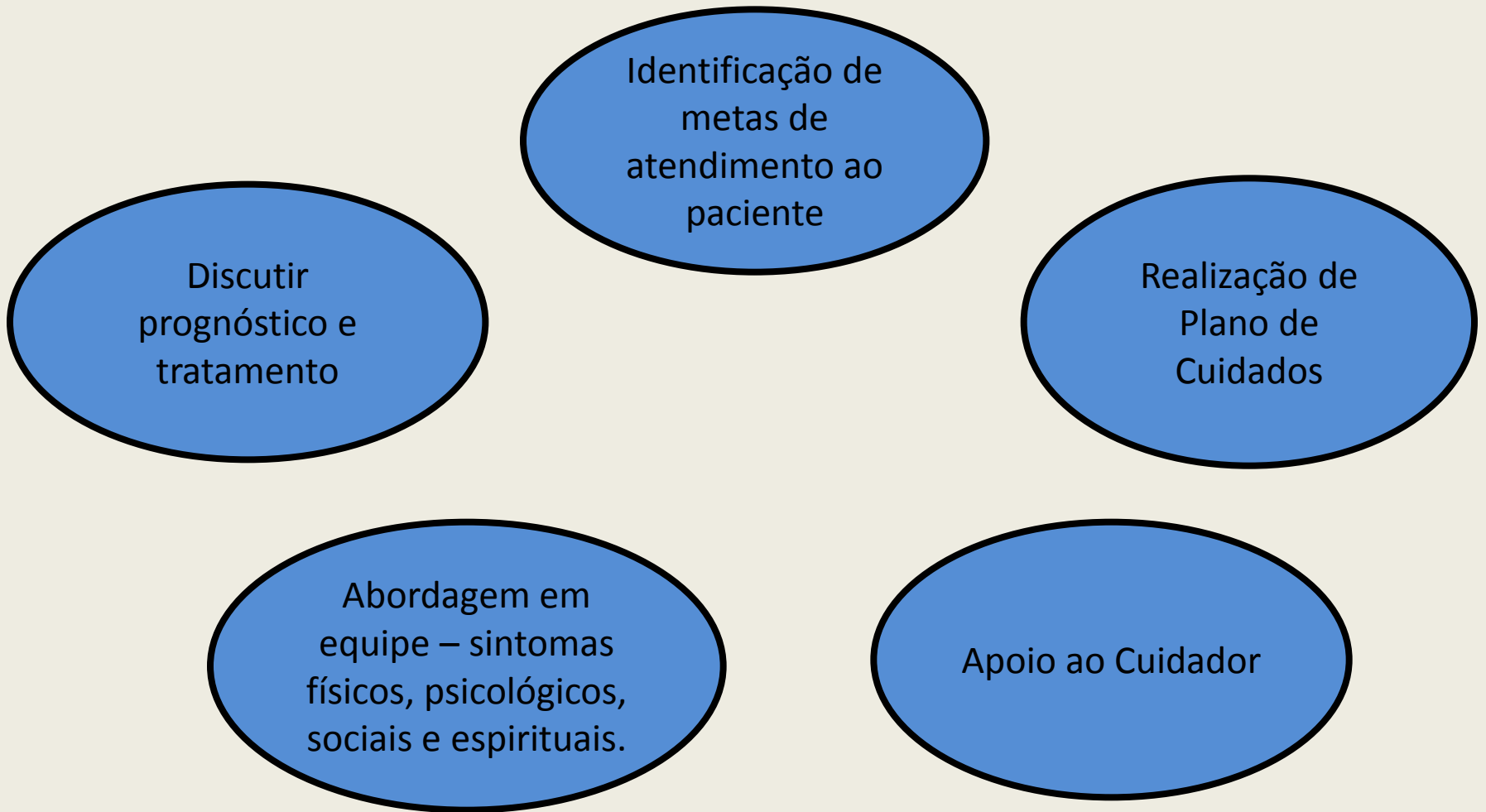
www.who.int

Cuidado Paliativo

- Respeito à autonomia, valorização da pessoa doente
- Não acelerar/retardar a morte
- Morte digna, mínimo de stress, no local de escolha do paciente
- Prevenção de problemas durante o luto

www.who.int

Principais Elementos dos Cuidados Paliativos



Cuidados Paliativos

Figure 37

Levels of palliative care development – all countries



Organização Mundial de Saúde

The quality of death

Ranking end-of-life care across the world

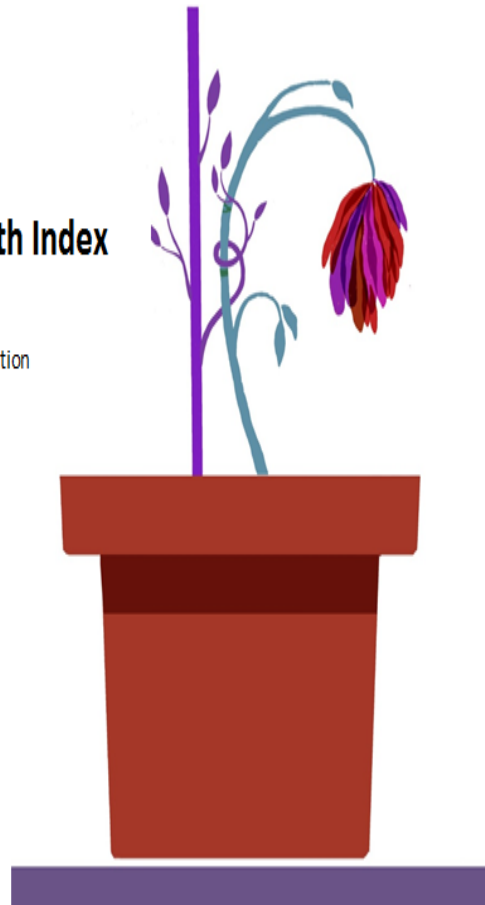
A report from the Economist Intelligence Unit
Commissioned by



The 2015 Quality of Death Index

Ranking palliative care across the world

An EIU project commissioned by Lien Foundation



Palliative care development in Latin America: An analysis using macro indicators

Palliative Medicine

1–8

© The Author(s) 2014

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/0269216314538893

pmj.sagepub.com



Tania Pastrana¹, Isabel Torres-Vigil^{2,3} and Liliana De Lima⁴

Abstract

Background: Recently, the Latin American Association for Palliative Care developed 10 indicators to monitor the development of palliative care and enhance the development of regional and national strategies.

Aim: To compare the status of palliative care development across Latin American nations using the Latin American Association for Palliative Care indicators and to classify the countries into three levels of palliative care development.

Methods: A secondary analysis using the following indicators (number of indicators in each category): Policy (1), Education (3), Service Provision (3), and Opioids (3). A Latin American Association for Palliative Care Index was constructed adding the standard score (z-score) of each indicator.

Setting/participants: Nineteen Spanish and Portuguese-speaking countries of Latin America.

Results: Indicators significantly associated with the number of palliative care services per million inhabitants included: the proportion of medical schools with palliative care at the undergraduate level ($p = 0.003$), the number of accredited physicians working in palliative care ($p = 0.001$), and opioids consumed per capita ($p = 0.032$). According to the Latin American Association for Palliative Care Index, Costa Rica registered the highest score (8.1). Three ranking groups were built to measure palliative care development; Costa Rica, Chile, Mexico, and Argentina ranked in the high group, while Bolivia, Honduras, Dominican Republic, and Guatemala ranked in the lowest group.

Conclusion: Most of the Latin American Association for Palliative Care indicators are useful for assessing national levels of palliative care development. These indicators may be applicable to other world regions. Additional studies are needed to evaluate the specificity of each indicator.

Keywords

Palliative care, development, Latin America, indicators

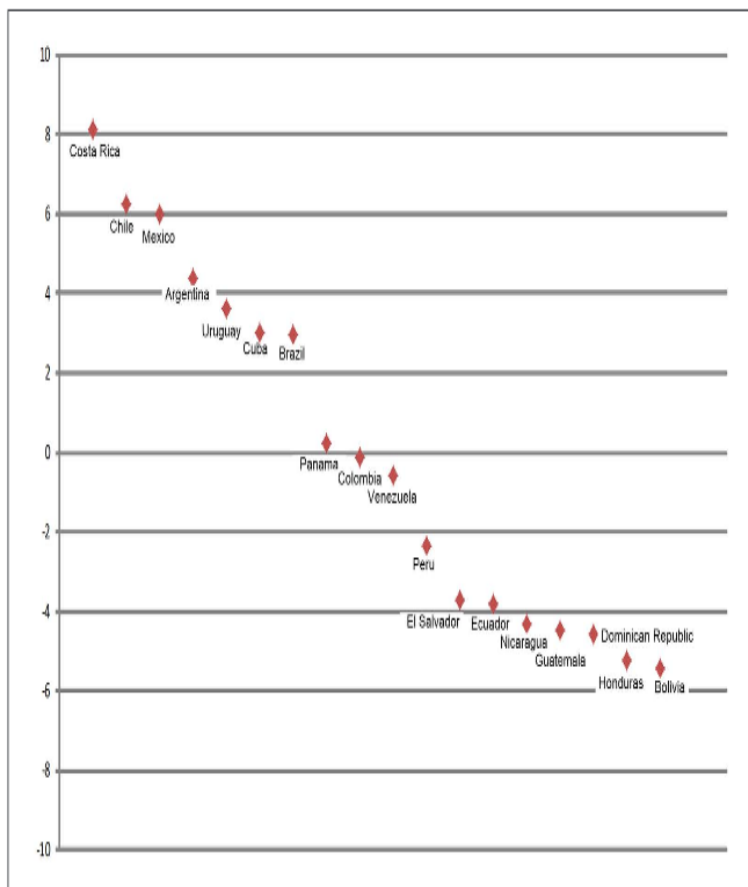


Figure 1. State of development in palliative care according to the Latin American Association for Palliative Care (ALCP) Index.

Table 3. Comparison of ALCP Index and WPCA categorization of palliative care development, 2011.⁴

Country ^a	ALCP Index	WPCA global mapping (group)
Costa Rica	8.10	4a
Chile	6.25	4a
Mexico	6.00	3a
Argentina	4.39	3b
Uruguay	3.63	4a
Cuba	3.03	3a
Brazil	2.94	3a
Panama	0.22	3a
Colombia	-0.12	3a
Venezuela	-0.58	3a
Peru	-2.33	3a
El Salvador	-3.74	3a
Ecuador	-3.84	3a
Nicaragua	-4.30	2
Guatemala	-4.46	3a
Dominican Republic	-4.58	3a
Honduras	-5.21	2
Bolivia	-5.42	2

Dark gray: countries with a high development in comparison with the region (3.81 = 75th percentile); light gray: countries with middle development; no color: low development (less than -4.34 = 25th percentile).

ALCP: Latin American Association for Palliative Care; WPCA: World-wide Palliative Care Alliance.

ALCP Index: the summation of all z-scores.

Global mapping: Group 2 = Capacity building activity; Group 3a = Isolated provision; Group 3b = Generalized provision; Group 4a = Preliminary integration.

Cuidados Paliativos

Cuidados
de Fim de
Vida

Cuidados aos
pacientes
próximos ao
período do óbito

Walsh, D. Palliative Medicine. 2010

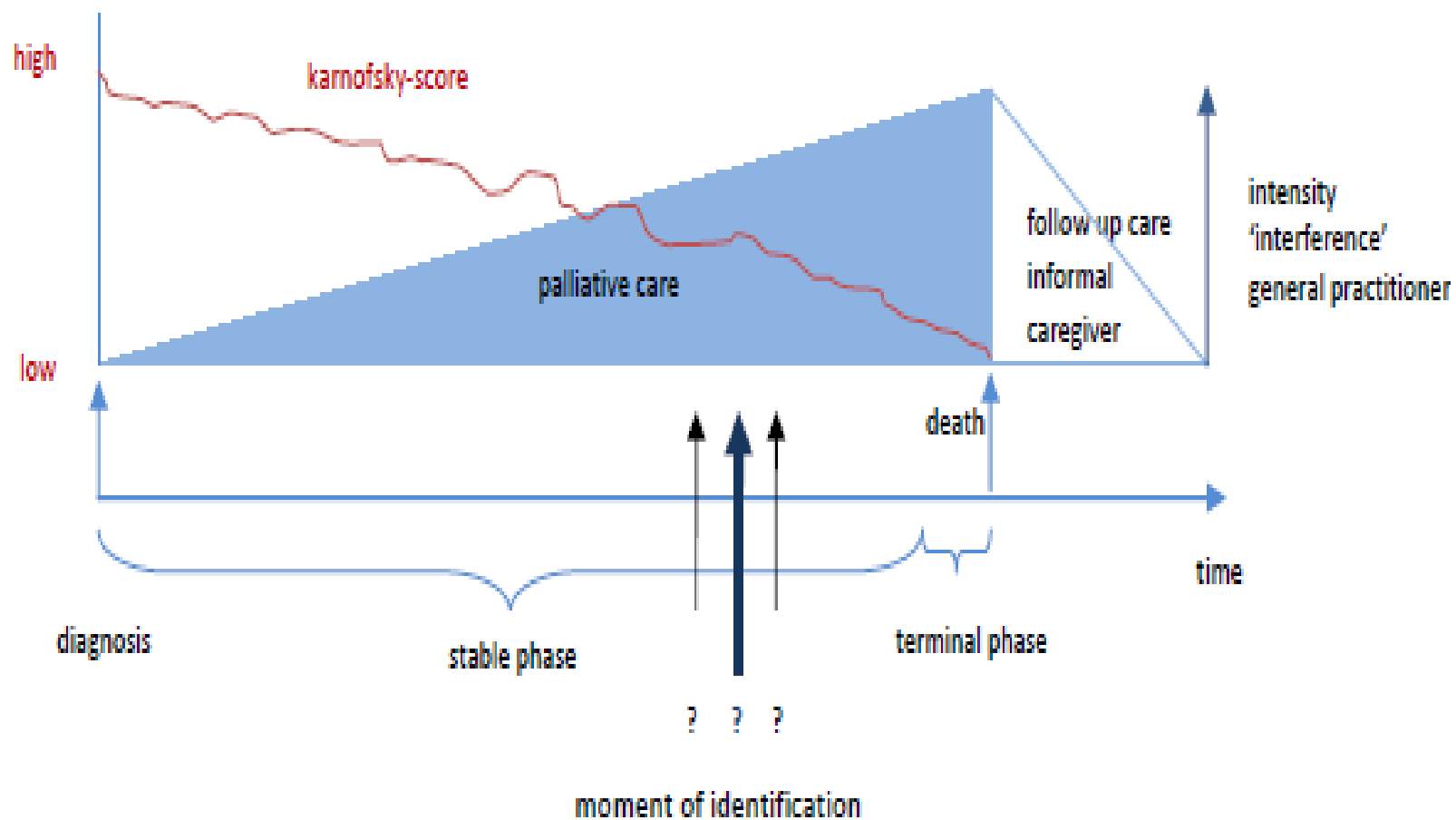
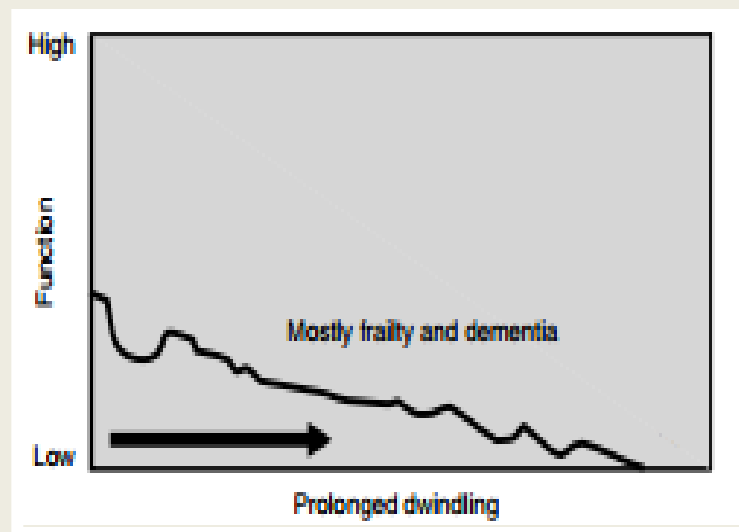
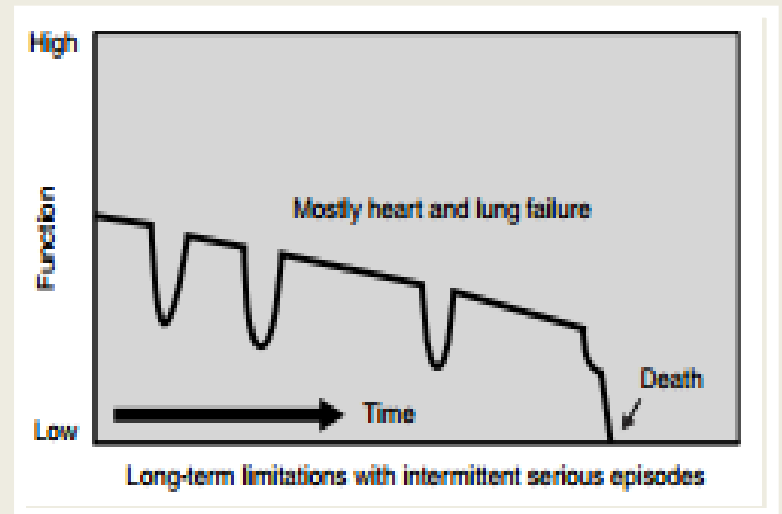
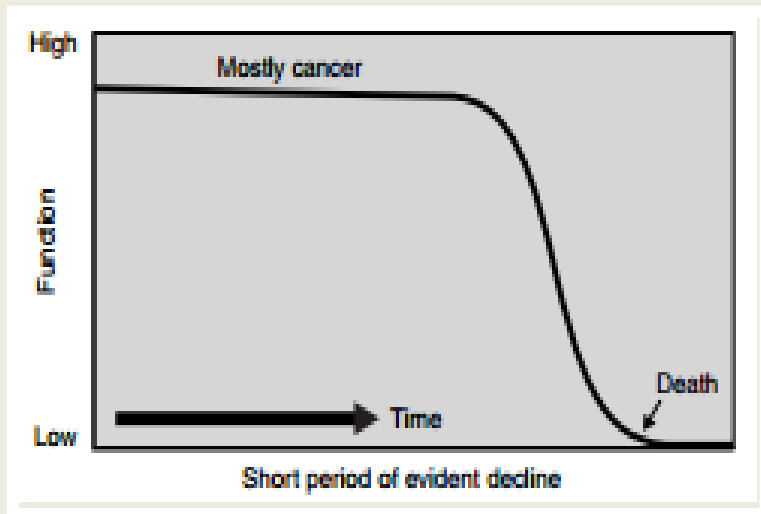


Figure 1 What is the moment to start palliative care?, a modified figure of Lynn and Adamson [37].

Trajetória das Doenças Crônicas



Living Well at the End of Life - Lynn J, Adamson DM - 2003

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

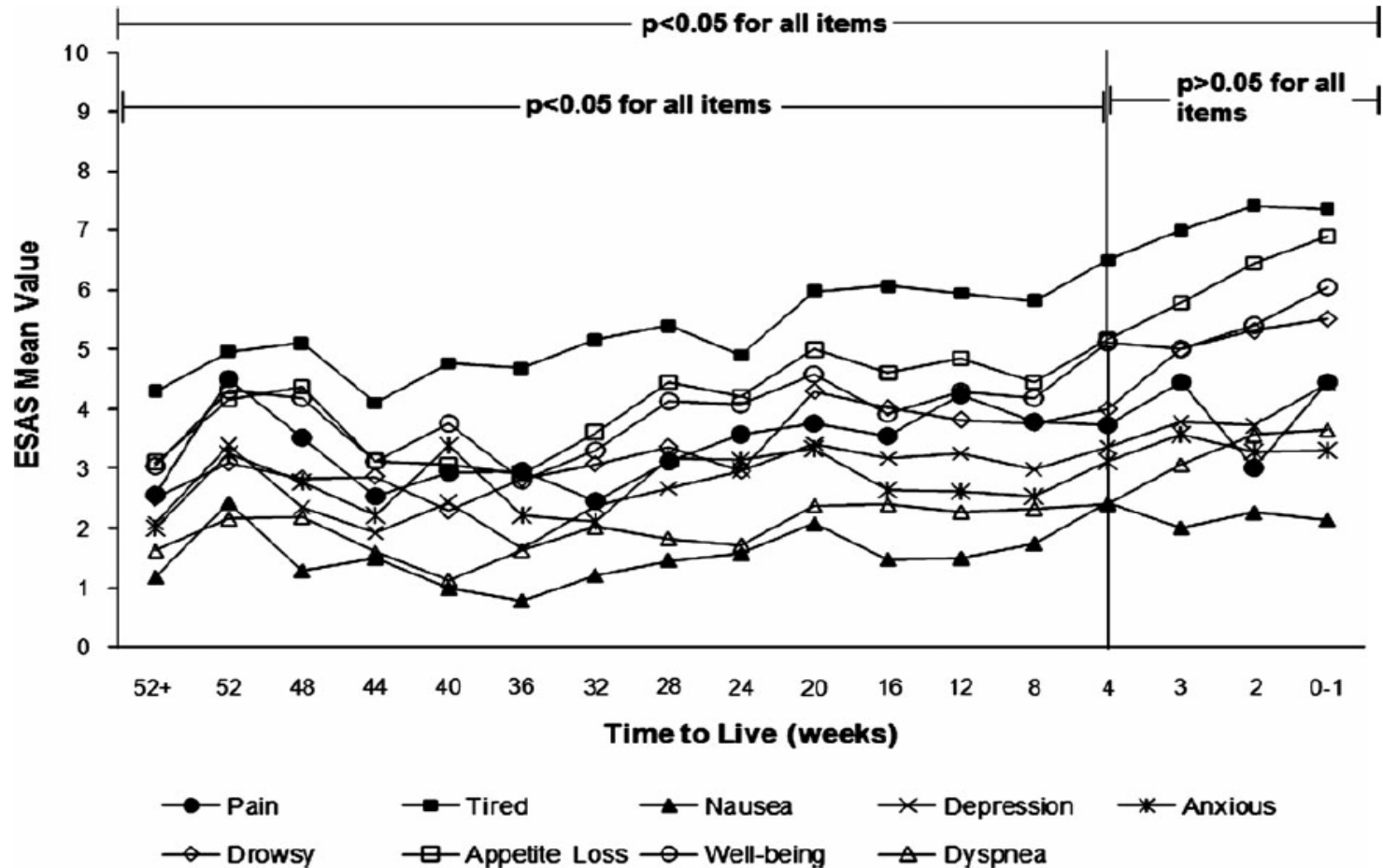
Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,
Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H.,
Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N.,
Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H.,
J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

Avaliação do Paciente com Doença Avançada

Escala de Avaliação de Edmonton (ESAS)

- 1991, Edmonton - Canadá
- Instrumento de avaliação composto por nove sintomas físicos e psicológicos encontrados em pacientes com câncer.
- Avaliação numérica dos sintomas – escala de 0 a 10
- Válido para controle e manutenção dos sintomas por ser considerada fácil, simples e rápida de ser aplicada

Edmonton Symptom Assessment Scale as a Prognostic Indicator in Patients with Advanced Cancer



Por que é importante prognosticar?

- Permite que os pacientes identifiquem suas prioridades com base na expectativa de vida
- Tomem decisões informadas sobre os seus cuidados
- Participem de assuntos jurídicos e financeiros
- Concentrem-se no encerramento de vida e questões de legado
- Enfatizem a participação em atividades prazerosas.

Distanásia

Prolongamento exagerado do processo de morte, por empregar tratamentos inúteis, que prolongam a vida e o sofrimento.

“Obstinação terapêutica”, “Futilidade médica”

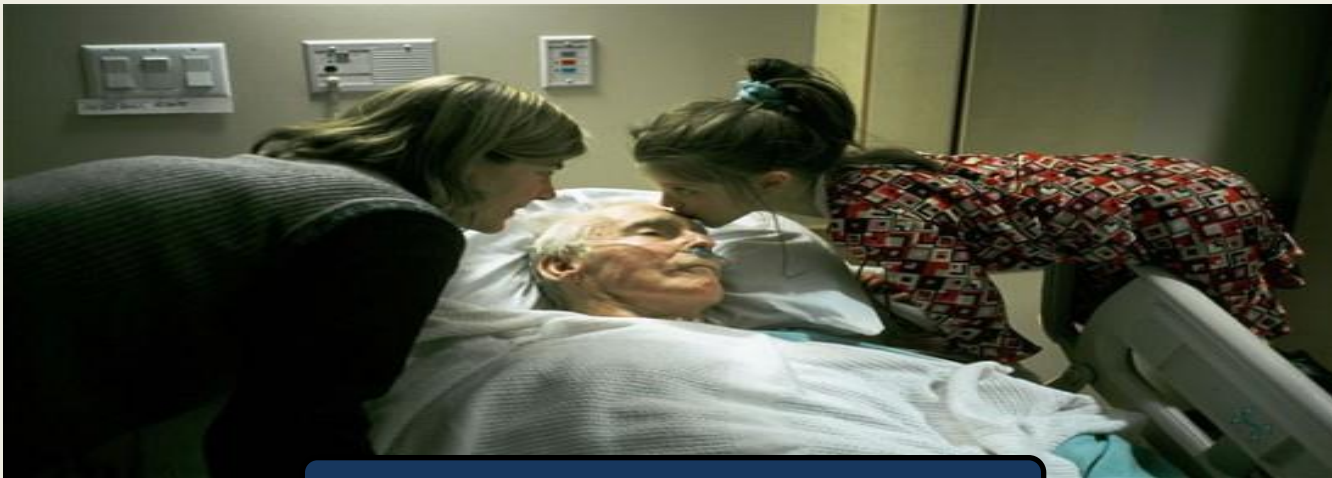
Ortotanásia

Diagnosticada a terminalidade da vida, qualquer terapia extra se afigurará ineficaz. Assim, já não se pode aceitar que o médico deva fazer tudo para salvar a vida do paciente (beneficência), se esta vida não pode ser salva. Desse modo, sendo o quadro irreversível, é melhor - caso assim o paciente e sua família o desejem - não lançar mão de cuidados terapêuticos excessivos (pois ineficazes), que apenas terão o condão de causar agressão ao paciente. Daí é que se pode concluir que, nessa fase, o princípio da não-maleficência assume uma posição privilegiada em relação ao princípio da beneficência - visto que nenhuma medida terapêutica poderá realmente fazer bem ao paciente”

Resolução 1805/2006 CFM



Qualidade de Morte



Qualidade de Morte

A “Boa Morte”

Boa morte é aquela livre de angústia e sofrimento evitáveis para o paciente, familiares e cuidadores; em geral de acordo com os desejos do paciente e seus familiares; e razoavelmente consistente com padrões clínicos, culturais e éticos.

When children die: Improving palliative and improving end-of-life care for children and their families. Field, M., & Cassel, C. Washington, DC: National Academies Press, 2003.



Top 10 Things Palliative Care Clinicians Wished Everyone Knew About Palliative Care

Jacob J. Strand, MD; Mihir M. Kamdar, MD; and Elise C. Carey, MD

- Cuidados Paliativos podem ajudar a lidar com os múltiplos aspectos relacionados à doenças avançadas.
- Integração precoce dos Cuidados Paliativos vem se tornando o padrão ideal para os cuidados aos pacientes com doenças avançadas.
- Equipe de Cuidados Paliativos é especializada no manejo da Dor Total.



Top 10 Things Palliative Care Clinicians Wished Everyone Knew About Palliative Care

Jacob J. Strand, MD; Mihir M. Kamdar, MD; and Elise C. Carey, MD

-Equipes de Cuidados Paliativos auxiliam nas complexas interações de comunicação.

-Cuidados Paliativos auxiliam a lidar com o impacto emocional das doenças avançadas junto aos pacientes e seus familiares.

O que pacientes e familiares esperam ?

- Controle da dor e de outros sintomas, redução do sofrimento
- Estar com a família e os amigos maior parte do tempo e fortalecer os laços com as pessoas amadas
- Ter um médico em quem possa confiar, que o escute e que esteja confortável para falar sobre a morte
- Estar em paz com Deus
- Comunicação honesta e confiável
- Que suas vontades sejam ouvidas e respeitadas

Walsh, 2009; Quality end-of-life care – Patients Perspectives, 1999

"Os médicos me disseram que não havia mais nada que pudessem fazer por mim, apenas me manter confortável. Eu **queria saber mais sobre o que aconteceria a seguir**. Já tinham me oferecido tudo o que podiam, agora eu sentia que **precisava ter meus sintomas melhor controlados**. Eu quero que a **minha família sofra o menos possível**, gostaria que passassem por isso da melhor forma que se pode passar. *Pedi ao médico que ele fosse muito honesto comigo sobre quanto tempo eu ainda tinha de vida. Ele me disse que achava que eu tinha uns poucos meses. Isso foi mais do que eu pensava e eu apreciei a sua honestidade. Não era culpa dele ... "*

Hospital do Câncer IV

Unidade de Cuidados Paliativos do INCA

Hospital do Câncer IV

Missão: “Promover e prover Cuidados Paliativos Oncológicos da mais alta qualidade, com habilidade técnica e humanitária”, com foco na obtenção da melhor qualidade de vida a seus pacientes e familiares.

Visão: “Ser o centro de excelência nacional na assistência, ensino e pesquisa em Cuidados Paliativos Oncológicos, através da normatização técnico-científica e capacitação profissional qualificada, com foco no atendimento técnico e humanitário e melhoria da qualidade de vida da população”.

HCIV – Unidade de Cuidados Paliativos INCA

Ambulatório

- KPS \geq 50%
- Inelegível para AD

Internação Hospitalar

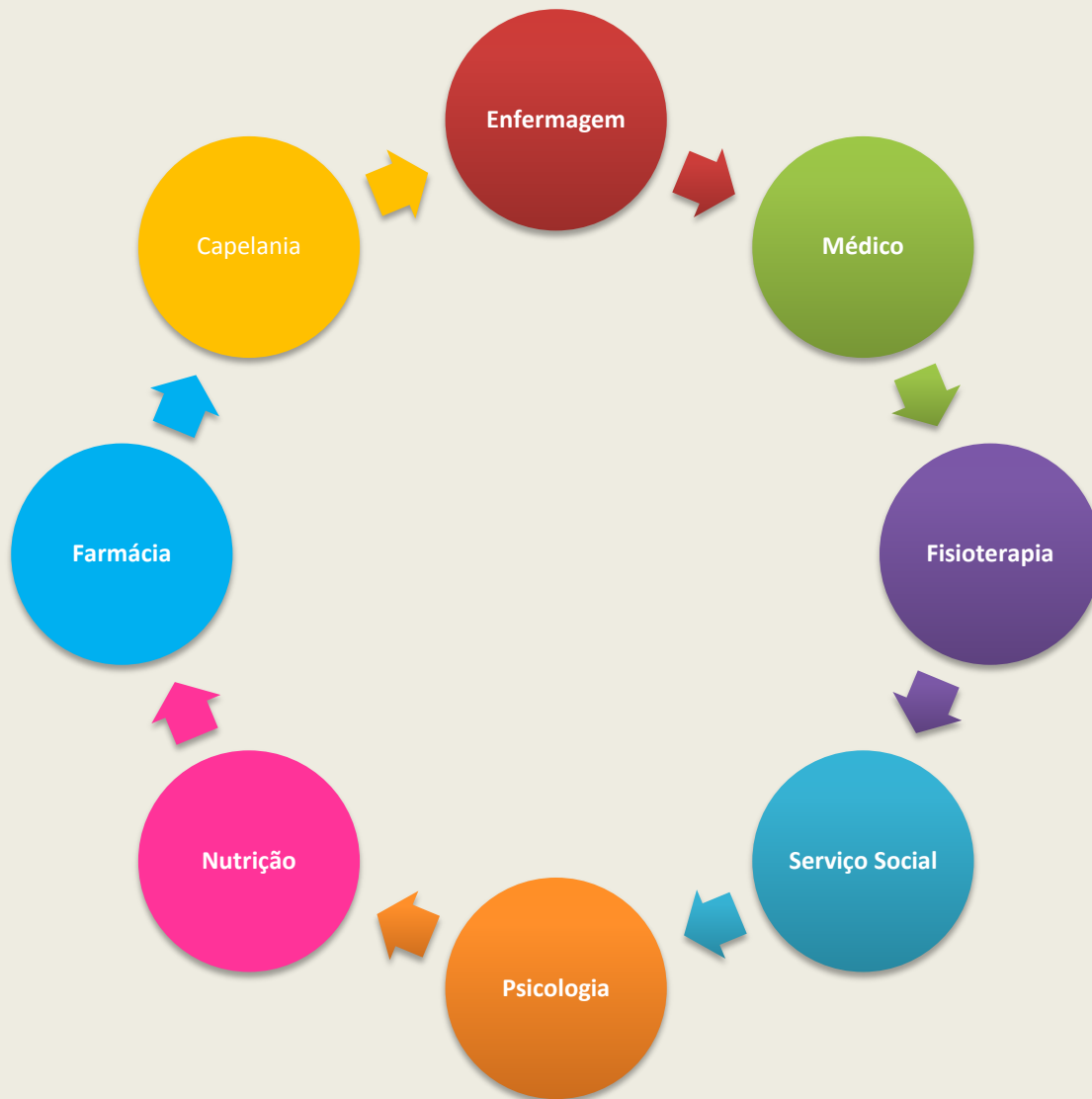
- Pacientes com necessidade de controle de sintomas
- 56 leitos

Assistência Domiciliar

- KPS < 50%
- Raio de 80 Km
- Não ser área de risco

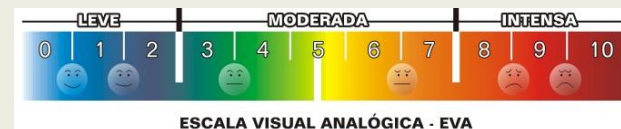
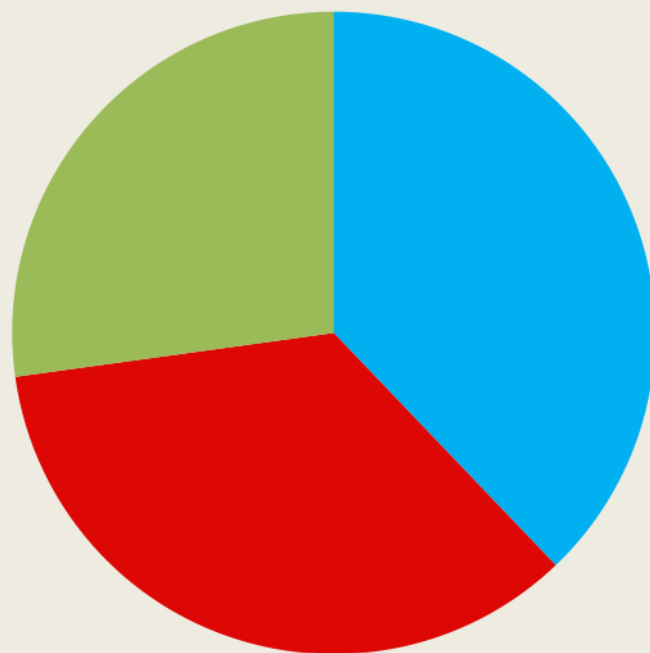


Hospital do Câncer IV - Equipe Multidisciplinar



Hospital do Câncer IV

- 46% dos pacientes apresentam Dor na primeira consulta

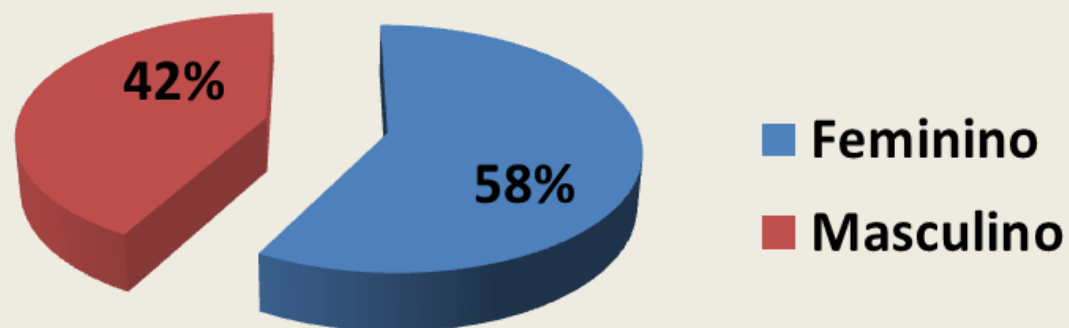


- Dor Leve - 39%
- Dor Moderada - 36%
- Dor Grave - 28%

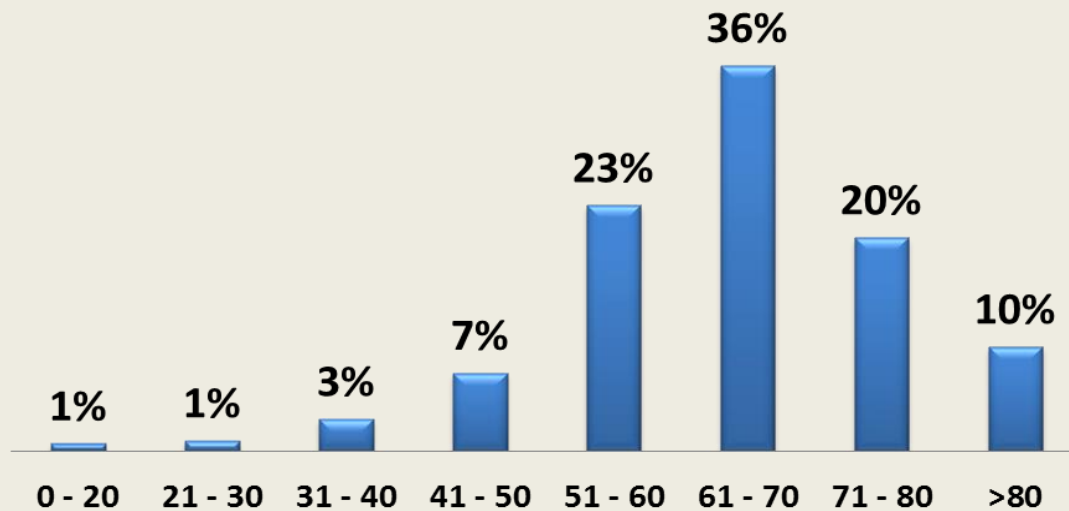
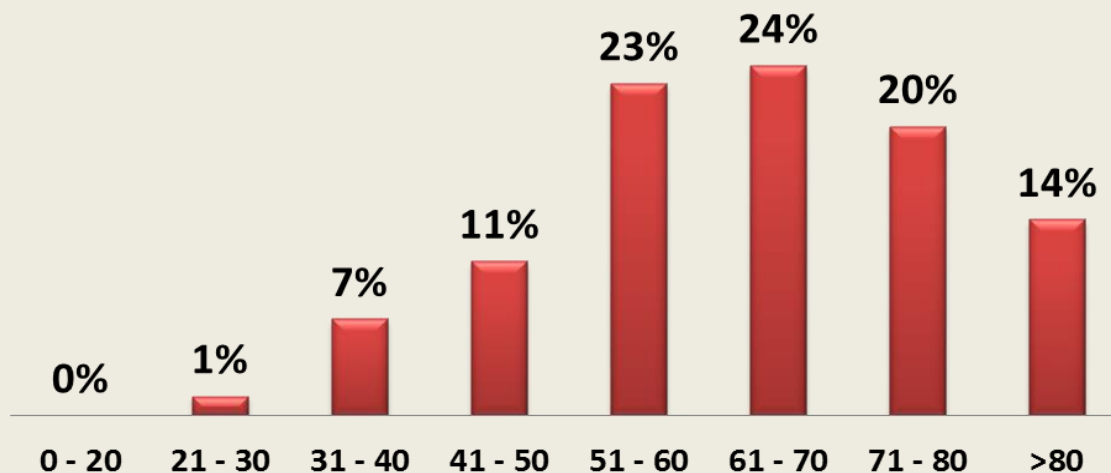
64% dos pacientes dor moderada a grave

Hospital do Câncer IV

2016

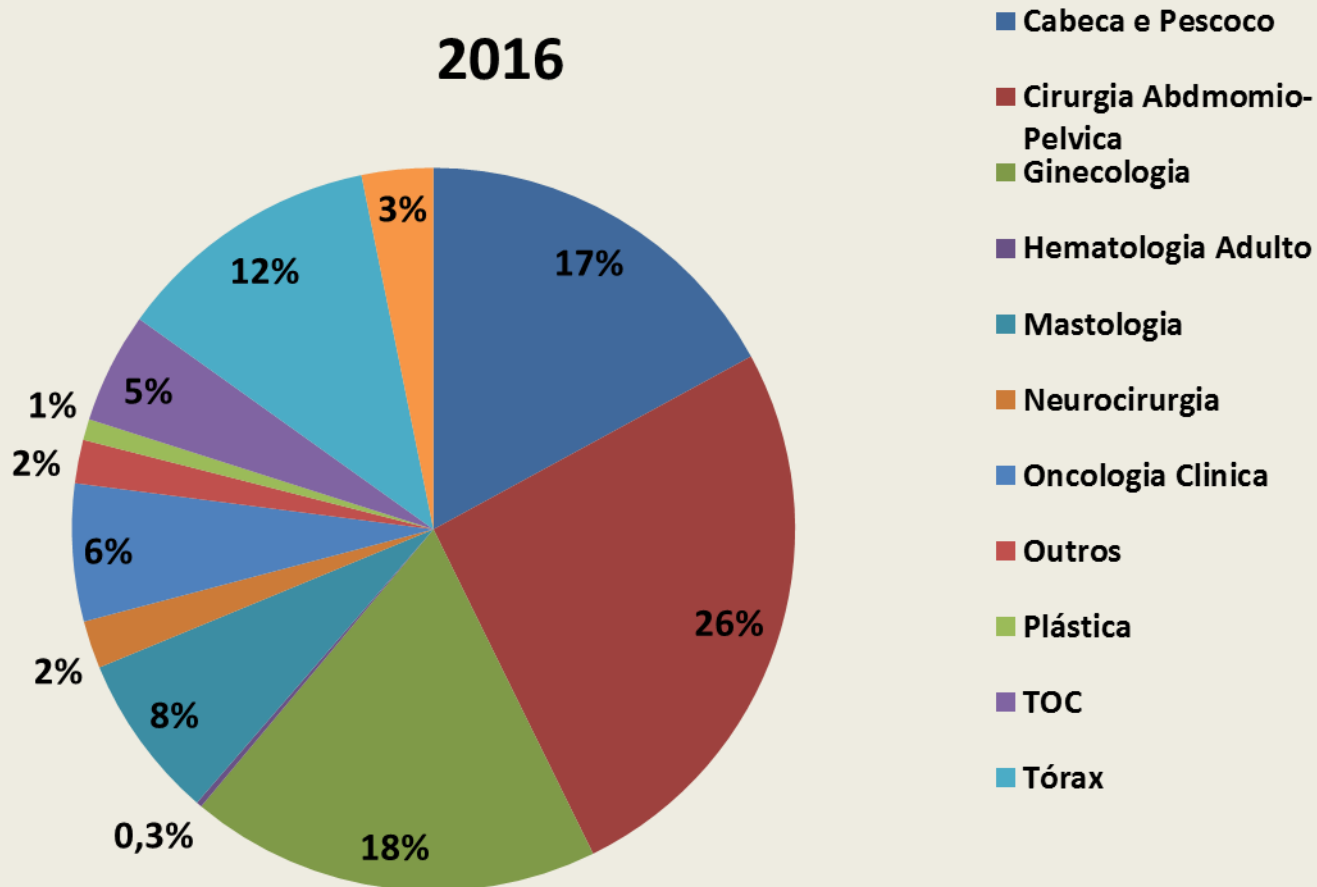


Hospital do Câncer IV



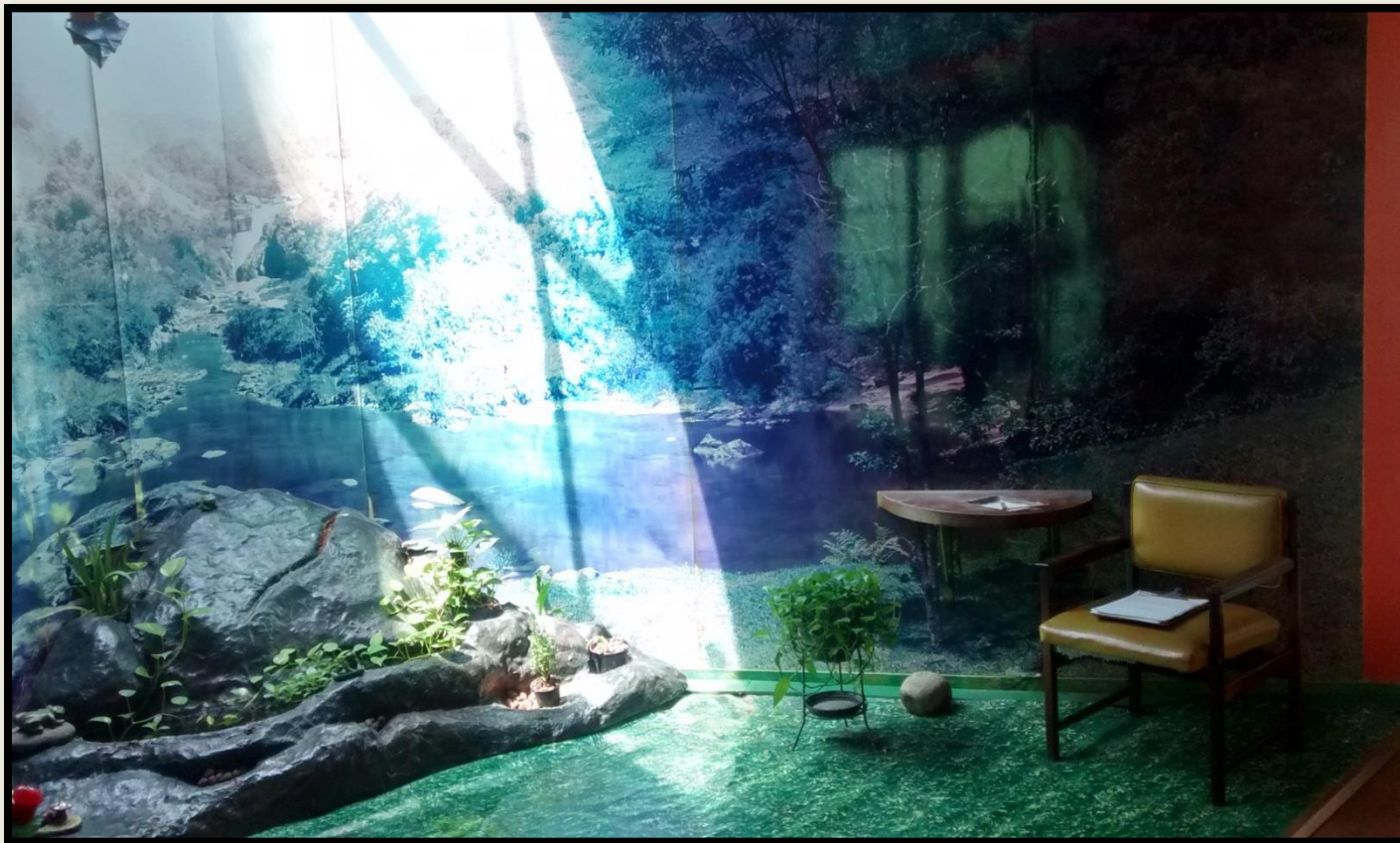
Hospital do Câncer IV

2016



Hospital do Câncer IV - Humanização

- Sala do Silêncio:



Hospital do Câncer IV - Humanização

- Day-Care – CuriosAção:



Hospital do Câncer IV - Humanização

- **Ambiência:**



Hospital do Câncer IV - Humanização

- Ginásio de Fisioterapia:



“ A despedida é certa. Ele ou ela tem de estar em paz com a vida e com a morte, tem de saber que a morte é parte da vida: precisa ser cuidada... Sei que isso deixa os médicos embaraçados. Aprenderam que sua missão é lutar contra a morte. Esgotados os recursos, eles saem da arena, derrotados e impotentes. Se eles soubessem que sua missão é cuidar da vida, e que a morte, tanto quanto o nascimento é parte da vida, eles ficariam até o fim. E assim, ficariam também um pouco mais sábios. E até imagino – começariam a escrever poesias...”

(Alves, 2002)



“ O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida ”

Cicely Saunders

ghgomes@inca.gov.br