

CUIDADOS PALIATIVOS NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA – DPOC

PALLIATIVE CARE ON CHRONIC OBSTRUCTIVE DISEASE AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE - COPD

BRUNA MARIA BIANCHI DAS **NEVES**. Acadêmica de medicina no Centro Universitário Uningá.

ANA PAULA **NUNES**. Acadêmica de medicina no Centro Universitário Uningá.

ARYANE MARTINS **AMORIM**. Acadêmico de medicina no Centro Universitário Uningá.

LUCAS KENJI **SAKAI**. Acadêmico do 6º ano de medicina no Centro Universitário Uningá.

LUIS EDUARDO BERSANI **AMADO**. Médico. Preceptor do internato de medicina no Centro Universitário Uningá.

MARCELA EL **HALABI**. Médica. Residente de Clínica Médica no Hospital Memorial Uningá.

Avenida Prudente de Moraes – Apto 1401 A – nº 301, CEP 87020-010, Maringá, PR. E-mail: bmariabianchib@gmail.com

RESUMO

Cuidados paliativos consistem em assistência promovida por uma equipe multidisciplinar com objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família diante de uma doença que ameace a vida. Engloba desde a identificação precoce e alívio dos sintomas, como o tratamento dos sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. O objetivo deste estudo foi avaliar as atualizações de cuidados paliativos em pacientes com Insuficiência Cardíaca (ICC) ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) por meio de uma revisão da literatura. A busca eletrônica da literatura foi realizada por um único pesquisador, na base de dados PubMed. Foram utilizados os Mesh Terms da base de dados, divididos em dois blocos. Bloco 1: “Palliative Care” OR “Palliative Medicine” AND Bloco 2: “Heart Failure” OR “Chronic Obstructive Pulmonary Disease”. A primeira busca feita na base de dados relacionada com os cuidados paliativos em pacientes com Insuficiência cardíaca ou DPOC, resultou em 743 títulos. Através dos filtros de busca e critérios de exclusão foram elegidos 5 artigos completos para a revisão. Observou-se que os artigos trazem resultados de custo-efetividade de cuidados paliativos que tanto aumentaram a qualidade de vida de pacientes com ICC quanto reduziram custos com internações e transportes de ambulâncias. Uso de dispositivo de assistência ventricular esquerda (DAVE), telemonitorização e oxigenioterapia paliativa são alternativas novas cogitadas no âmbito do tratamento paliativo de doenças crônicas não oncológicas.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos. Insuficiência Cardíaca. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Revisão da literatura.

ABSTRACT

Palliative care and the life of your family in the face of an illness that threatens life. It ranges from an early identification and relief of symptoms, such as the treatment of physical, social, psychological and spiritual symptoms. The objective of this study was to evaluate the palliative care updates in patients with Heart Failure (CHF) or Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) through a review of the literature. An electronic literature search was performed by a single researcher, in the PubMed database. The mesh terms of the database were divided into two blocks. Block 1: "Palliative Care" OR "Palliative Medicine" E Block 2: "Heart Failure" OR "Chronic Obstructive Pulmonary Disease". The first survey in the database related to medical care in patients with heart failure or COPD, resulted in 743 titles. Through the search filters and exclusion criteria, 5 complete articles were selected for review. It is observed that the products bring cost-effectiveness results of palliative care that both increased the quality of life of patients with CHF and reduced costs with hospitalizations and ambulance transports. The use of left ventricle device (DAVE), telemonitoring and therapeutic oxygen therapy are new alternatives considered in the field of oral treatment of chronic non-oncological diseases.

KEYWORDS: Palliative Care. Heart Failure. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Review.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais" (MATSUMOTO, 2012).

Quando consideramos pacientes em fase terminal de cuidados paliativos, há uma tendência a pensar em pacientes com câncer terminal. De fato, na prática, os cuidados paliativos são focados principalmente em pacientes oncológicos. Contudo, dadas as atuais alterações demográficas, com o envelhecimento progressivo da população e uma sobrevivência maior, as doenças crônicas estão se tornando o principal motivo de encaminhamento aos cuidados de final da vida.

Prever o prognóstico em pacientes com diagnóstico não-oncológico é uma tarefa árdua. Estes pacientes permanecem frequentemente e relativamente estáveis e a complicação ocorre de forma aguda e imprevisível. Geralmente eles são tratados no hospital e o curso da doença pode consistir em exacerbações agudas potencialmente recuperáveis (WATSON, 2005). O envolvimento dos cuidados familiares na comunicação de fim de vida tem sido

associado com a melhoria da satisfação da família do paciente, melhora do luto dos familiares e redução do estresse, ansiedade e depressão (VAN DEN HEUVEL et al., 2016).

MATERIAL E MÉTODOS

Estratégia de Busca

Uma revisão integrativa foi conduzida no mês de janeiro de 2017 com o objetivo de avaliar as atualizações de cuidados paliativos em pacientes com Insuficiência Cardíaca e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

A busca eletrônica da literatura foi realizada por um único pesquisador, na base de dados PubMed. Foram utilizados os Mesh Terms da base de dados, divididos em dois blocos. Bloco 1: “Palliative Care” OR “Palliative Medicine” AND Bloco 2: “Heart Failure” OR “Chronic Obstructive Pulmonary Disease”. Depois da busca individual de cada bloco, os blocos 1 e 2 foram combinados para então seleção dos possíveis artigos potenciais.

Critério de Seleção

As publicações que preencheram os critérios para o estudo foram selecionadas para revisão. Inicialmente, a seleção da literatura foi baseada no título e resumo disponível nos bancos de dados. Os critérios de inclusão foram estabelecidos através de filtros de banco de dados (humanos, adultos com mais de 19 anos, idioma inglês e época das publicações - janeiro de 2016 a dezembro de 2016). Foi utilizado como critério de exclusão artigos experimentais, publicações com pacientes oncológicos e com abstract não disponível. As referências dos trabalhos escolhidos também foram observadas e utilizadas para a revisão quando convenientes.

RESULTADOS

A primeira busca feita na base de dados relacionada com os cuidados paliativos em pacientes com Insuficiência cardíaca ou DPOC, resultou em 743 títulos, dos quais 10 foram incluídos como abstracts elegíveis através dos filtros de busca. Após a leitura dos abstracts, apenas 5 artigos completos foram incluídos na revisão. O fluxograma dos estudos selecionados está apresentado na figura 1.

Dos 5 estudos incluídos na revisão, 2 abordaram o tratamento paliativo em insuficiência cardíaca, 1 em DPOC, 1 em Insuficiência Cardíaca e Doença Pulmonar Crônica e por último 1 artigo sobre tratamento paliativo em doenças crônicas como um todo.

A tabela 1 dispõe os cinco artigos e algumas características principais como título, país, autor, desenho do estudo, objetivo e resultados.

Tabela 1 - Dados dos artigos selecionados incluídos no estudo de revisão.

DAVE: Dispositivo de Assistência Ventricular Esquerda; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; OLD: Oxigenioterapia de longa duração.

Referência (País)	Desenho do Estudo	Título	Objetivo do Estudo	Resultados
Sahlen et al, 2016 (Suécia) ⁵	Ensaio randomizado controlado	A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: Based on a randomized controlled trial	Avaliar a relação custo-eficácia de um novo conceito de cuidados denominado insuficiência cardíaca integrada centrada na pessoa e cuidados paliativos domiciliar	A intervenção resultou em ganho de 0,25 anos de vida ajustados pela qualidade e a análise de custos mostrou uma redução significativa de custos com a intervenção de Cuidados Paliativos Avançados e Cuidados Cardíacos.
Heuvel et al, 2016 (Holanda) ³	Estudo logitudinal	Barriers and facilitators to end-of-life communication in advanced chronic organ failure	Identificar barreiras e facilitadores da comunicação de fim de vida experimentada por cuidadores familiares de pacientes com insuficiência de órgãos crônicos avançados e analisar o relação de barreiras e facilitadores entre cuidadores familiares e pacientes.	As barreiras mais importantes para os cuidadores familiares estavam relacionadas com a incerteza sobre cuidados esperados e foco em permanecer vivo em vez de morrer. Os facilitadores estavam relacionados com a confiança e a competência de seu médico e experiências anteriores com a morte em seu ambiente (social). Para a maioria das barreiras e facilitadores, o acordo entre pacientes e cuidadores familiares era razoável a moderado.
McIlvennan et al, 2016 (Estados Unidos) ⁶	Estudo qualitativo	Bereaved Caregiver Perspectives on the End-of-life Experience of patients with a Left Ventricular Assist Device	Compreender a experiência de cuidadores enlutados e pacientes no final da vida que têm um DAVE.	3 temas principais que se fundiram em torno dos sentimentos de confusão nas últimas semanas com seus entes queridos: (1) o processo de morte com um DAVE, (2) o cuidado legal e detidamente admissível de pacientes com DAVE aproximando-se da morte, e (3) integração fragmentada de cuidados paliativos e cuidados paliativos.
Lesende et al, 2016 (Espanha) ⁷	Estudo de coorte/longitudinal	Mortality in a cohort of complex patients with chronic illnesses and multimorbidity: a descriptive longitudinal study	Avaliar a mortalidade e sua associação com outras variáveis em uma coorte de pacientes com morbidades complexas como insuficiência cardíaca e / ou doença pulmonar crônica (DPOC na maioria dos casos) de dois estudos consecutivos de telemonitoramento.	A mortalidade foi menor entre os pacientes submetidos à telemonitorização (p = 0,027), e com menos internações específicas no ano anterior (p = 0,006);
Suntharalingam et al, 2016 (Inglaterra) ⁸	Relato de caso	When should I be considering home oxygen for my patients?	Abordar quem deve e não deve ser considerado candidato para a oxigenoterapia.	Demonstrou que o oxigênio deve ser considerado um tratamento para a hipoxemia, não a falta de ar, e, portanto, tem pouco papel no paciente não hipoxêmico. Existe evidência robusta para o uso de OLD em pacientes cronicamente hipoxêmicos

Fonte: os autores.

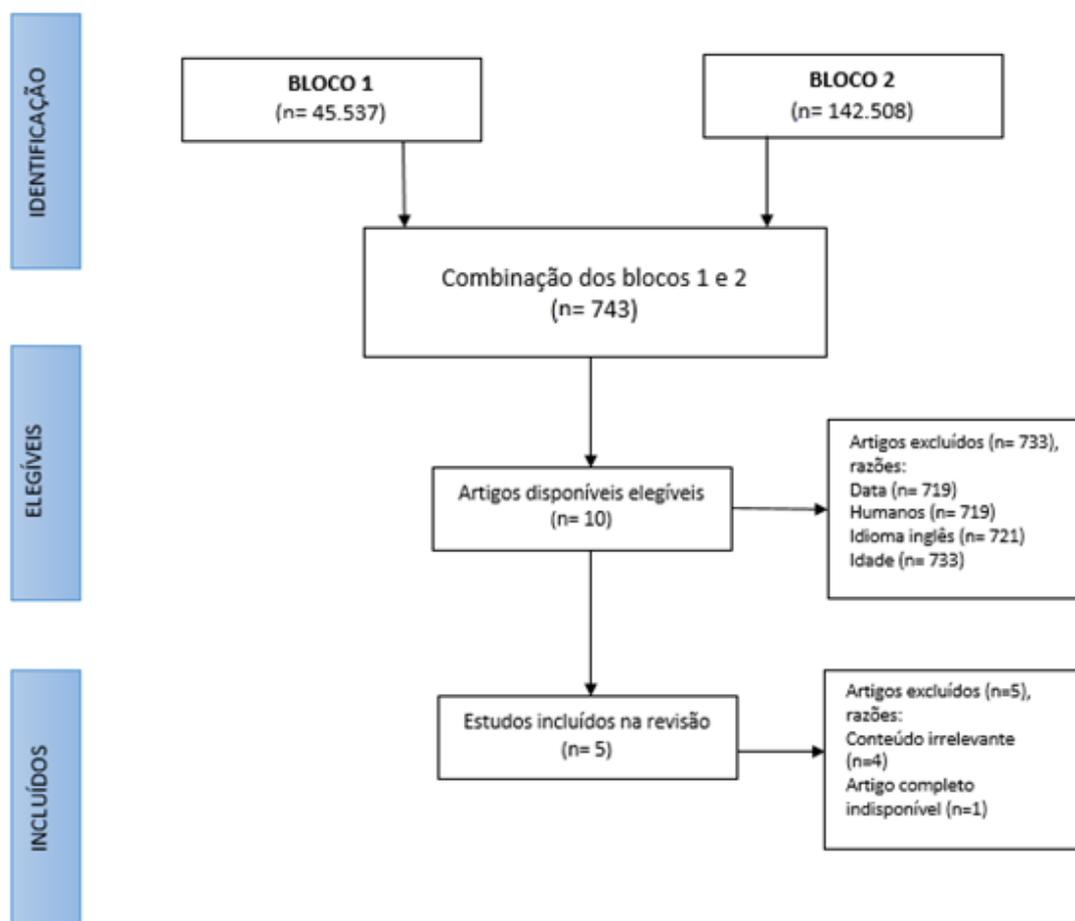


Figura 1 - Fluxograma da busca eletrônica. **Fonte:** os autores.

DISCUSSÃO

O artigo 1 enfatizou a busca de resultados de custo-efetividade de cuidados paliativos centrados nas pessoas e cuidados domiciliares e, insuficiência cardíaca é a única doença como critério de inclusão. Pacientes com ICC tem sintomas angustiantes durante exacerbações tanto quanto pacientes com câncer mas, não tem igual acesso aos cuidados paliativos. O estudo verificou que a intervenção Cuidados Paliativos Avançados em casa em Insuficiência Cardíaca (PREFER) aumentaram a qualidade de vida em pacientes com ICC, reduziram o número de internações e reduziram o número de dias de internação, além disso, houve uma redução acentuada na necessidade de transporte de ambulância. O estudo PREFER busca o atendimento centrado na pessoa com objetivo de estruturar o atendimento em casa, com pacientes com ICC e que são classificados de acordo com seus critérios de inclusão. Os conhecimentos existentes neste artigo indicam que recursos consideráveis podem ser gastos para outras necessidades no hospital, mesmos benefícios encontrados no estudo "A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses". A intervenção PREFER não só melhora a qualidade de vida e a morbidade relacionadas com a saúde, mas também proporciona economia de custos (SAHLEN et al., 2016).

O estudo 2 abordou barreiras e facilitadores na comunicação do tratamento paliativo no final da vida de pacientes com insuficiência de órgãos crônicos avançados e de seus cuidadores. As barreiras foram relatadas tanto por pacientes como pelos seus cuidadores e a maioria delas foram: "Eu não sei que cuidado meu querido quer se ele / ela ficar muito doente" e "Eu prefiro concentrar em meu amado ficar vivo do que falar sobre a morte". Entre elas, duas foram mais frequentemente relatadas pelos pacientes do que pelos seus cuidadores familiares: "Eu não estou pronto para falar sobre o cuidado que eu quero se eu ficar muito doente" e "Eu não quero fazer planos para o futuro". Facilitadores percebidos no fim da vida desses pacientes foram significativamente mais importantes para os cuidadores. Os quatro mais relatados dos 11 facilitadores foram: "Tive família ou amigos que morreram", "confio no médico do meu amado", "O médico do meu amado é muito bom em cuidar da doença pulmonar e respiratória / doença cardíaca / doença renal 'e' tenho certeza de que o médico do meu amado estará lá para o meu amado se ele / ela ficar muito doente '. Já os dois mais frequentemente relatados pelos cuidadores foram: "Eu me preocupo com a qualidade da vida do meu amado no futuro" e "O médico do meu amado muitas vezes me pergunta sobre o cuidado com a vida" (VAN DEN HEUVEL et al., 2016).

Em geral, os cuidadores familiares perceberam significativamente mais facilitadores para a comunicação no final da vida do que os pacientes (média: 6,5 versus 6,2 respectivamente, $p = 0,046$). Para o cuidado clínico, o foco para facilitar a comunicação da vida final deve estar particularmente na percepção dos pacientes e cuidadores familiares sobre a relevância e prontidão para a comunicação de fim de vida (VAN DEN HEUVEL et al., 2016).

O estudo 3 "Bereaved Caregiver Perspectives on the End-of-life Experience of patients with a Left Ventricular Assist Device" aborda uma tecnologia inovadora e invasiva que elege pacientes com Insuficiência Cardíaca avançada, o dispositivo de assistência ventricular esquerda (DAVE). Expandiu-se desde a sua indicação original como uma ponte para transplante para incluir também a terapia de destino, em que os pacientes vivem com o dispositivo para o resto de suas vidas. Embora o aparelho traga aumento da sobrevida, os cuidadores descreveram três temas principais que se centraram em sentimentos de confusão nos últimos dias e semanas com seus entes queridos: (1) confusão sobre o processo de morte com um DAVE, (2) confusão sobre o cuidado legal e eticamente admissível de pacientes que se aproximam da morte com um DAVE, e (3) confusão sobre a integração fragmentada de cuidados paliativos (MCILVENNAN et al., 2016).

Outras inovações como telemonitorização foi abordada no artigo 4, que busca avaliar a mortalidade e sua associação com outras variáveis em uma coorte de pacientes com morbidades complexas como insuficiência cardíaca e / ou doença pulmonar crônica (78,6% com DPOC) de dois estudos consecutivos de telemonitoramento. Os pacientes eram todos pacientes complexos e como critérios de inclusão exigiam que tivessem duas ou mais internações hospitalares no ano anterior; grandes dificuldades para sair de casa ou estivessem efetivamente internados, o que implicava um status funcional basal muito pobre⁷.

Verificou-se que a taxa de mortalidade foi significativamente menor entre aqueles que estiveram sob monitoramento (MARTÍN-LESENDE et al., 2016).

A estratégia de telemonitorização da TELBIL mostrou diminuir o número de internações e o tempo de permanência hospitalar, com boas relações custo-efetividade e boa aceitação entre os pacientes e suas famílias, bem como profissionais de saúde. Isto foi conseguido em pacientes que, em muitos casos, tinham um estado de saúde deficiente e uma curta esperança de vida. A maioria dos pacientes ainda morreram nos hospitais. Isso parece indicar que continuamos a nos concentrar na doença e não assumimos o conceito de cuidados paliativos, que não temos os recursos para tornar mais fácil para esses pacientes ficar em suas casas nos estágios finais de suas doenças (MARTÍN-LESENDE et al., 2016).

Inovações e tecnologias promovem avanços na saúde visando prolongar e melhorar a qualidade de vida. Os artigos 3 e 4 exploram esses avanços nos cuidados paliativos (MCILVENNAN et al., 2016).

Além disso, verificou-se também que as novas tecnologias de apoio à prestação de outros benefícios são usados para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas avançadas, mas devem ser usados de maneira apropriada. A oxigenoterapia domiciliar está disponível em muitas formas: oxigenoterapia de curta duração (OCD), oxigenoterapia ambulatorial (OA), oxigenoterapia paliativa (OP) e oxigenioterapia de longa duração (OLD) (SUNTHARALINGAM et al., 2016).

O artigo 5 enfatiza quem deve e não deve ser considerado candidatos para oxigenoterapia. Considerando a questão norteadora do presente estudo, publicações recentes evidenciam que a oxigenioterapia paliativa é usada simplesmente para fornecer alívio dos sintomas, não para melhorar a expectativa de vida. Com isso em mente, as evidências disponíveis, ainda que limitadas, sugerem que o OP não confere qualquer benefício sintomático sobre o ar em pacientes hipoxêmicos pois o objetivo aqui é simplesmente para fornecer alívio dos sintomas, não para melhorar a expectativa de vida. Os opioides e medidas não farmacológicas como simples uso de ventiladores de mão para tranquilidade parecem ser mais eficazes para melhorar os sintomas nessa situação (SUNTHARALINGAM et al., 2016).

Resultados obtidos para oxigenioterapia de longa duração (OLD), isto é, o oxigênio administrado durante 15 h / dia para pacientes cronicamente hipoxêmicos (Pacientes cujas saturações de repouso são $\leq 92\%$ no ar durante um período de estabilidade), continua a ser a forma mais baseada em evidências de oxigênio domiciliar em utilização. Atualmente, cessação do tabagismo e OLD são as duas únicas intervenções conhecidas para melhorar os resultados de sobrevivência na DPOC (SUNTHARALINGAM et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síntese do conhecimento resultante do presente estudo aponta avanços na saúde envolvendo redução de custos e melhora da qualidade de vida.

Devemos considerar que, nos cuidados paliativos, a atenção se inicia anteriormente ao momento terminal da doença com prognóstico reservado. Idealmente, os cuidados paliativos devem se sobrepor aos tratamentos curativos em casos de mau prognóstico, sendo considerada uma abordagem mais abrangente centrada no paciente, levando em conta não só as necessidades clínicas, mas também psicossociais e existenciais. Seu objetivo é

evitar o desconforto e sofrimento no sentido mais amplo, melhorando a qualidade de vida tanto quanto possível e evitando tratamentos desnecessários.

A dificuldade na aceitação da evolução da doença ou falar sobre o fim da vida são barreiras que sempre serão questionadas, tanto para paciente como familiares e cuidadores. É preciso investir em conhecimento do tema para a população podendo começar na atenção primária onde temos grande população com doenças crônicas e, procurar meios de facilitar a abordagem do assunto de maneira indireta para pacientes e cuidadores familiares que não se sentem à vontade para falar de prognóstico e usando uma abordagem sistematicamente integrada, como formatos estruturados para orientar discussões, seções estruturadas para o registrar informações de pacientes, educação familiar, de médicos e equipes.

Precisamos estar prontos para inovações e atualizações sendo necessário profissionais da saúde treinados e capacitados para oferecer os cuidados e tratamentos necessários buscando integrar melhoria da qualidade de vida e diminuição de custos.

REFERÊNCIAS

BERNACKI, R. E.; BLOCK, S. D. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. **JAMA internal medicine**, v. 174, n. 12, p. 1994-2003, 2014.

CURTIS, J. R. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. **European Respiratory Journal**, v. 32, n. 3, p. 796-803, 2008.

DE SOUZA, M.T. ; DA SILVA, m.d.; DE CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-6, 2010.

MARTÍN-LESENDE, I. et al. Mortality in a cohort of complex patients with chronic illnesses and multimorbidity: a descriptive longitudinal study. **BMC palliative care**, v. 15, n. 1, p. 42, 2016.

MATSUMOTO, D.Y.; CARVALHO, R.; PARSONS, H. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, p. 23-24, 2012.

MCILVENNAN, C. K. et al. Bereaved caregiver perspectives on the end-of-life experience of patients with a left ventricular assist device. **JAMA internal medicine**, v. 176, n. 4, p. 534-539, 2016.

SAHLEN, .; BOMAN, K.; BRÄNNSTRÖM, M. A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: based on a randomized controlled trial. **Palliative medicine**, v. 30, n. 3, p. 296-302, 2016.

SUNTHARALINGAM, J. et al. When should I be considering home oxygen for my patients?. **NPJ primary care respiratory medicine**, v. 26, p. 15074, 2016.

VAN DEN HEUVEL, L.A.M.C. et al. Barriers and facilitators to end-of-life

communication in advanced chronic organ failure. **International journal of palliative nursing**, v. 22, n. 5, p. 222-229, 2016.

WATSON, M. S. **Oxford handbook of palliative care**. Oxford University Press, USA, 2005.