http://journal.unoeste.br/index.php/cv
DOI: 10.5747/cv.2023.v15.v359
ISSN on-line 1984-6436

Colloquium Vitae

Submetido: 07/11/2020 Revisado: 24/09/2022 Aceito: 03/03/2023

ORTOTANÁSIA E DIGNIDADE NA FINITUDE: RELATO DE CASO

José Eduardo Pinheiro, Germano Albieri Peres

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente, SP. E-mail: relicariodobau@ig.com.br

RESUMO

A neoplasia pulmonar é a doença maligna mais comum em todo o mundo. De acordo com o Global Burden of Disease Study 2015, o câncer de pulmão é também a principal causa de mortalidade por câncer. Portanto, frente a um diagnóstico de neoplasia pulmonar a probabilidade de um desfecho desfavorável é consideravelmente grande, como ocorrido com o paciente desse estudo. Com isso, esse relato de caso versa sobre a importância da instituição de cuidados paliativos em pacientes na vigência de neoplasias malignas, de caráter incurável, para que tenham qualidade de vida, que possam entender e aceitar seu processo de morte e que, ao momento do decurso do falecimento, o mesmo ocorra de forma digna, indolor e mais cômoda possível dentro das limitações.

Palavras-chave: Câncer de pulmão, cuidados paliativos, terminalidade

ORTHOTANASIA AND DIGNITY IN FINITUDE: CASE REPORT

ABSTRACT

Lung cancer is the most common malignancy worldwide. According to the Global Burden of Disease Study 2015, lung cancer is also the leading cause of cancer mortality. Therefore, faced with a diagnosis of lung cancer, the likelihood of an unfavorable outcome is considerably high, as occurred with the patient in this study. Thus, this case report is about the importance of the institution of palliative care in patients in the presence of malignant neoplasms, of incurable character, so that they have quality of life, that they can understand and accept their death process and that, at the moment of in the course of the death, the same occurs in a dignified, painless and comfortable way possible within the limitations.

Keywords: Lung cancer, palliative care, terminality

INTRODUÇÃO

Paliar deriva do latim pallium, termo que nomeia o manto que os cavaleiros utilizavam para se proteger das intempéries as quais estavam sujeitos durante os trajetos que percorriam. Paliar é proteger, é uma forma de cuidado que tem como objetivo mitigar a dor e o sofrimento, seja eles de quaisquer origens: psicológica, social, espiritual ou física[1].

Ao longo dos anos a evolução dos métodos diagnósticos e das possibilidades terapêuticas permitiu melhorar as possibilidades de cura de um grande número de doenças e consequentemente um aumento na expectativa de vida da população. Porém, concomitantemente, surgiram problemas ao estabelecer determinados limites na aplicação de medidas de caráter diagnóstico e terapêutico, culminando em um potencial prolongamento desnecessário ao instituir a obstinação terapêutica a todo e qualquer custo[2].

Cada sociedade tem sua forma de lidar com a morte e com o processo de morrer, pois culturas, hábitos, valores e crenças oferecem a cada indivíduo a modulação do comportamento frente a esse fato. Pacientes com doenças de caráter terminal, como determinados pacientes oncológicos, precisam enfrentar o processo de morte como uma experiência que faz parte do ciclo da vida humana, cabendo aos familiares e aos profissionais de saúde a importante tarefa de lançar mão de medidas que visem uma melhor qualidade de vida e uma maior autonomia[3].

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

A portaria nº 874/2013 do Ministério da Saúde, que institui a política nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do sistema único de saúde (SUS), relata sobre os serviços de saúde onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica para as pessoas com câncer e determina a responsabilidade de ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra[4].

Os números relacionados aos pacientes oncológicos são de grande relevância, 20 milhões de pessoas no mundo têm câncer. No Brasil, há cerca de 600 mil novos diagnósticos anualmente, sendo estes em torno de 60% diagnosticados já num estágio avançado, atingindo a monta de aproximadamente 190 mil mortes anuais[5].

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em um documento publicado em 1977 ressalta que a vida humana tem caráter sabidamente finito, e que devemos assegurar que esse processo 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[6].

Quando um paciente gravemente enfermo está diante do profissional médico para que suas possibilidades terapêuticas sejam discutidas, dois cenários são possíveis: o paciente tem possibilidade de recuperar-se ou o estado da doença que o acomete tem caráter terminal. Quando a morte se mostra inevitável, deve-se privilegiar a prevenção quaternária, praticando a ortotanásia, onde estando diagnosticada a terminalidade da vida, qualquer terapia extra irá se configurar ineficaz. Nessa conjuntura, já não é aplicável que a equipe multidisciplinar deva fazer tudo para salvar a vida do paciente, se está vida não pode ser salva e as medidas culminarão em um prolongamento do sofrimento do paciente[7].

Sendo o quadro irreversível, é melhor, caso assim o paciente e sua família o desejem, não lançar mão de cuidados terapêuticos excessivos e potencialmente ineficazes. Desse modo pode-se 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, o que configura o conceito de ortotanásia[7].

A ortotanásia tem como objetivo evitar a distanásia, que é o prolongamento exagerado do processo de morte, ao empregar tratamentos inúteis que culminam na manutenção do sofrimento do paciente de caráter incurável. O termo “boa-morte” é o que define o processo de morte livre de angústia e sofrimentos, estes evitáveis para o paciente, familiares e cuidadores, em geral de acordo com os desejos do paciente e seus familiares, também condizentes com os padrões clínicos, culturais e éticos[8].

Nesse cenário, os cuidados paliativos apontam-se como uma modelo interdisciplinar que, a partir de equipes adequadamente treinadas, vise aliviar a dor e outros sintomas que os pacientes acometidos de doença incurável apresentem. Há necessidade de acompanhamento psicológico e espiritual, para que possam aceitar seu próprio processo de morte e preparar-se para ele na forma mais holística possível, oferecendo um sistema de apoio, promovendo a autonomia, integridade pessoal e autoestima do paciente, considerando que o direito a uma morte digna é o direito de viver humana e dignamente a própria morte[9].

Frente ao exposto, o presente relato de caso demonstra a importância da instituição de cuidados paliativos em pacientes na vigência de neoplasias malignas, de caráter incurável, para que tenham qualidade de vida, que possam entender e aceitar seu processo de morte e que, ao momento do decurso do falecimento, o mesmo ocorra de forma digna, indolor e mais cômoda possível dentro das limitações.

OBJETIVO

Relatar o caso de 54 anos diagnosticado com câncer de pulmão de pequenas células em fase terminal, destacando a importância dos cuidados paliativos.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 54 anos de idade, compareceu a unidade relatando dor abdominal há 30 dias em região de hipocôndrio direito, do tipo queimação intermitente associada à odinofagia, disfagia e perda de peso (5 quilos em quatro meses). Dispunha de um laudo de um ultrassom abdominal realizado há

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

três dias que evidenciava nódulos hepáticos sólidos.

Possuía histórico de apendicectomia realizada há cinco meses, tabagista há 20 anos/maço. Negava alcoolismo e outras comorbidades. O exame físico apresenta-se sem anormalidades dignas de nota. Optou-se pela internação hospitalar para a realização de exames laboratoriais, de imagem e biópsia de nódulo hepático. A tomografia evidenciou processo expansivo no lobo pulmonar superior direito de provável etiologia neoplásica primária, destacando-se alterações compatíveis com metástase linfonodais mediastinais, pleurais à direita e hepáticas.

Durante a internação evoluiu estável hemodinamicamente, sendo acompanhado pela psicologia por manifestar sentimento de negação quanto ao provável diagnóstico. Recebeu alta hospitalar depois de cinco dias de internação, com retorno ambulatorial para confirmação diagnóstica e seguimento apropriado.

No retorno ambulatorial foi comunicado sobre o laudo da biópsia que evidenciava achados histológicos associados ao perfil imuno-histoquímico favorável ao diagnóstico de metástase de carcinoma neuroendócrino, sugerindo investigação de sítio primário pulmonar. Também foi informado sobre os resultados dos exames de imagem, que associado aos achados da biópsia e história clínica fecharam o diagnóstico de câncer de pulmão de pequenas células com metástases hepáticas.

Vinte e um dias após a primeira internação, retornou à unidade queixando-se de dispneia, ronquidão e dor torácica há 30 dias. Ao exame físico encontrava-se emagrecido e sem outras sem alterações dignas de nota. Optou-se por uma nova internação para iniciar a quimioterapia, já solicitada ambulatorialmente e para a realização de uma tomografia de crânio, além dos exames laboratoriais necessários.

A tomografia do crânio não evidenciou alterações significativas, sendo realizada a primeira sessão de quimioterapia com cisplatina 20 mmg/m^2 + etoposídeo 100 mg/m^2 quatro dias após a admissão, recebendo alta hospitalar três dias após o inicio do tratamento para acompanhamento ambulatorial.

Vinte e cinco dias após a segunda internação, retorna à unidade queixando-se de diarreia, vômitos e febre há dois dias. Ao exame físico geral apresentava-se em regular estado geral, descorado 1+/4+, desidratado 1+/4+, emagrecido, sem outras alterações. Sendo medicado com sintomáticos e orientado sobre o retorno ambulatorial agendado para a mesma semana.

Dois dias após o ocorrido foi encaminhado do retorno ambulatorial para a compensação clínica, uma vez que se apresentava com dispneia, queda da hemoglobina e trombose venosa profunda das veias subclávia e axilar direita. Na ocasião foi prescrito concentrado de hemácias, exames gerais e a terceira internação hospitalar.

Nessa internação foi solicitado avaliação da medicina paliativa, que constatou que o mesmo preenchia os critérios de terminalidade por apresentar uma doença neoplásica terminal com metástases sistêmicas, sem possibilidade curativa, indicando com isso os cuidados paliativos.

O médico paliativista ainda relatou que o mesmo apresentava períodos de confusão mental, dispneia e dor torácica com indicação de analgesia e controle dos desconfortos apresentados. Em concordância com a família orientou a equipe médica sobre a não realização de intubação orotraqueal, ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, manobras de ressuscitação cardiopulmonar em caso de parada cardíaca.

Para o controle da dor prescreveu analgésicos e sedação paliativa com midazolam e morfina. Também foram prescritas escopolamina endovenosa e inalação com brometo de ipratrópio para efeitos anticolinérgicos, a fim de aliviar os sintomas respiratórios.

Na mesma internação evoluiu com síndrome da veia cava superior, sendo transferido para a unidade de emergência devido a quadro de dispneia, com uso de musculatura acessória e queda da saturação (92%). Foi submetido à ventilação não invasiva, nebulização e hidrocortisona 300 mg endovenosa.

Após estabilização do quadro respiratório recebeu alta hospitalar para cuidados paliativos domiciliares, recebendo visita do médico da equipe que buscou aliviar as dores físicas e psicológicas do paciente e de toda a sua família; quando não era possível aliviar as dores, restava o conforto e a compaixão.

Passadas algumas semanas de internação domiciliar a família o trouxe novamente ao hospital, sendo novamente internado e evoluindo com piora do quadro geral, com evolução para instabilidade hemodinâmica,

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

respiração em gasping, pouco responsivo aos estímulos externos evoluindo para o óbito exatos 3 meses e 13 dias após a primeira internação hospitalar.

Durante todo o processo ativo de morte, os familiares receberam informações da equipe médica assistente, e mostraram-se cientes da gravidade, do prognóstico inevitável e resignados diante da finitude.

O relato foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNOESTE aprovado sob o protocolo CAAE nº 36417620.5.0000.5515, estando em concordância com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

DISCUSSÃO

Dos primeiros sintomas ao diagnóstico de câncer de pulmão do tipo pequenas células

O câncer de pulmão é a principal causa de mortalidade neoplásica em todo o mundo[9]. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou que no ano de 2016, 4,7% de todos os canceres diagnosticados se tratavam de neoplasias pulmonares primárias, e assim como em outros países foi o responsável pelo maior número de obtidos registrado entre os pacientes oncológicos[10].

Os carcinomas de pulmão são divididos em carcinoma de pequenas células e carcinoma não pequenas células. Este último compreende o carcinoma de células escamosas ou carcinoma espinocelular, adenocarcinoma e carcinoma indiferenciado de grandes células[11]. O carcinoma de pequenas células de pulmão (CPCP) corresponde a cerca de 20% de todos os casos de neoplasia pulmonar[12]. Sabe-se que o principal fator de risco para a doença é o tabagismo e de acordo com estudos epidemiológicos conduzidos no Brasil, 12,7% dos homens e 8,0% das mulheres com 18 anos de idade ou mais eram fumantes no ano de 2016[12].

O CPCP localiza-se centralmente em algum lobo pulmonar e possui crescimento rápido e progressivo, se espalhando rapidamente para outras partes do corpo. Os sintomas mais comuns são tosse, dor no peito, falta de ar e perda de peso[13]. O diagnóstico é realizado com o auxílio de exames de imagem e confirmado com o exame citológico direto da lesão, realizado por broncoscopia com a coleta do material ou pela punção e biópsia pulmonar[12].

Indo de encontro com o descrito acima, o paciente em questão possuía o principal fator de risco para a doença, o tabagismo (20 anos/maço), relatou uma perda ponderal importante desde a primeira consulta e os sintomas foram evoluindo para dor no peito e falta de ar. Além disso, o diagnóstico foi estabelecido de acordo com as diretrizes estabelecidas, sendo realizado todos os exames auxiliares e a biópsia pulmonar.

A inevitável evolução desfavorável da doença

A evolução clínica do CPCP é a mais agressiva de todos as neoplasias pulmonares, na maioria dos pacientes o diagnóstico é realizado quando a doença já se encontra disseminada em outros órgãos. Nesses casos a sobrevida é de aproximadamente 3 meses[12].

Em concordância com a literatura, o paciente em questão recebeu o diagnóstico da doença quando a mesma já estava em fase avançada, com metástases no fígado e frente à impossibilidade de tratamento, evoluiu com progressiva piora e deterioração física e psicológica.

A terminalidade e os cuidados paliativos

Primeiramente é de suma importância relatar que ao findar o ano de 2020, cerca de 15 milhões de pessoas terão recebido o diagnosticado de algum tipo de câncer, e frente à evolução desfavorável de uma parcela significativa desses pacientes, à expansão dos cuidados paliativos se faz de extrema importância[14].

De acordo com a OMS os países podem ser divididos em quatro grupos, de acordo com o desenvolvimento em Cuidados Paliativos. No nível 1 nenhuma atividade é detectada nessa região, já no nível 4B existe uma integração avançada no País. O Brasil foi classificado no nível 3 A, em provisão isolada, ou seja, os cuidados paliativos são ofertados de maneira isolada, de forma irregular, com fontes de financiamento dependendo de doações, disponibilidade limitada de morfina e um reduzido número de equipes comparado ao tamanho da população[15,16].

Com isso, os cuidados paliativos visam promover qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, proporcionando alívio do sofrimento físico e psicológico causados pela doença em estágio terminal[14]. Por sua vez terminalidade de uma vida é definida como o esgotamento das possibilidades terapêuticas que possam resgatar a saúde do doente, tornando a possibilidade de morte inevitável e previsível[17].

No entanto, vale ressaltar que atualmente evita-se o uso do termo

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

terminalidade, fala-se em patologia que ameaça a vida, nem mesmo fala-se em impossibilidade de cura, e sim na impossibilidade do tratamento modificar o curso da doença, tudo isso para afastar a falsa ideia de que não é possível fazer nada por esse paciente[18].

Como descrito o paciente passou pela fase de negação da doença e evoluiu para uma enorme tristeza frente à evolução da mesma. Além disso, sentia muitas dores físicas e desconforto respiratório, mostrando a imperativa necessidade de ação médica e multiprofissional.

Com isso a equipe respeitou todos os princípios descritos pela OMS em 1986 e revisados em 2002, entre eles: a) buscou promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; c) não acelerou e nem adiou a morte; d) integrou os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente; e) buscou oferecer auxílios aos familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto e por fim buscou melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença[19].

CONCLUSÃO

Portanto, o objetivo desse relato foi descrever a história clínica de um paciente diagnosticado com uma neoplasia maligna pulmonar, que findadas as possibilidades curativas, iniciou-se os cuidados paliativos tanto do doente, quanto da família, buscando aliviar suas dores físicas, psicológicas e espirituais, iniciaram-se com a manutenção da atividade médica, não mais com objetivos curativos ou resolutivos, mas sim buscando aliviar os impactos e sofrimentos na vivência do momento de finitude.

As ações médicas nas últimas semanas de vida visam à dignidade no processo de morrer, sem ações prolongadoras de sofrimento e nem determinantes da redução do tempo de vida; mas sim, de um conforto amplo (físico, psíquico e sócio-familiar) diante da morte eminente.

REFERÊNCIAS

1. Academia nacional de cuidados paliativos (Brasil). O que são cuidados paliativos [Internet]. [Citado em 2020 jul. 16]. Disponível em: https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/

2. Sales CA. Alencastre MB. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. Rev bras enferm. 2003 out;56(5): 566-69. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000500020

3. Gutierrez BAO. Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. Rev esc enferm. USP. 2007 Dez;41(4): 660-67. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000400017

4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº874 [Internet]. Brasília: MS; 2013 [citado em 2020 jul. 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html

5. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer [Internet]. Brasília: MS; 2020. [citado em 2020 jul. 16]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer. https://doi.org/10.31365/issn.2595-1769.v19i1p16-24

6. Bomtempo TV. Resolução n. 1.805/2006 do conselho federal de medicina: efetivação do direito de morrer com dignidade [Internet]. Brasil: Âmbito Jurídico; 2011 [atualizado 2011 jun. 6; citado 2020 jul. 16] Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-administrativo/resolucao-n-1-805-2006-do-conselho-federal-de-medicina-efetivacao-do-direito-de-morrer-com-dignidade/#:~:text=1805%2F2006%20do%20Conselho%20Federal,de%20Estado%20Democr%C3%A1tico%20de%20Direito

7. Field M, Cassel C. When children die: improving palliative and improving end-of-life care for children and their families. J R Soc Med. 2003;96(8):419-20. doi: https://doi.org/10.1177/014107680309600823

8. Fornells HA. Cuidados paliativos en el domicílio. Acta bioeth. 2000;1(1):65-75. doi: https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100005

9. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer [Internet]. Lyon: IARC; c2016 [citado em 2020 jul. 1]. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide; 2013. Disponível em: http://globocan.iarc.fr

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

10.Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [citado 2016 Jan 2]. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil; 2015. Disponível em: http/inca.gov.br

12. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). Bull World Health Organ. 2007;85(7):527-34. doi: https://doi.org/10.2471/BLT.06.039073

11. Instituto Nacional de Câncer. Carcinoma de pequenas células de pulmão. Rev Bras Cancerol. 2003;49(3):149-52. doi: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2003v49n3.2089

13. Atty ATM, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. Saúde debate. 2018;42(116):225-36. doi: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618

14. Silva SMA. Os Cuidados ao fim da vida no contexto dos cuidados paliativos. Rev Bras Cancerol. 2016;62(3):253-57. doi: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.338

15. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. Estud av. 2016;30(88):155-66. doi: https://doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011

16. Ada. Câncer de pulmão de pequenas células [Internet]. São Paulo [citado em jul. 20]. Disponível em: https://ada.com/pt/conditions/small-cell-lung-cancer/

17. Marengo MO, SILVA FRHA. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. Medicina. 2009;42(3):350-7. doi: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v42i3p350-357

18. Susaki TT, da Silva MJP, Possari JF. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm**.** 2006;19(2):144-9. doi: https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200004.

19. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil). Manual de Cuidados Paliativos [Internet]. São Paulo. [citado em jul. 20] Disponível em: https://paliativo.org.br/download/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).