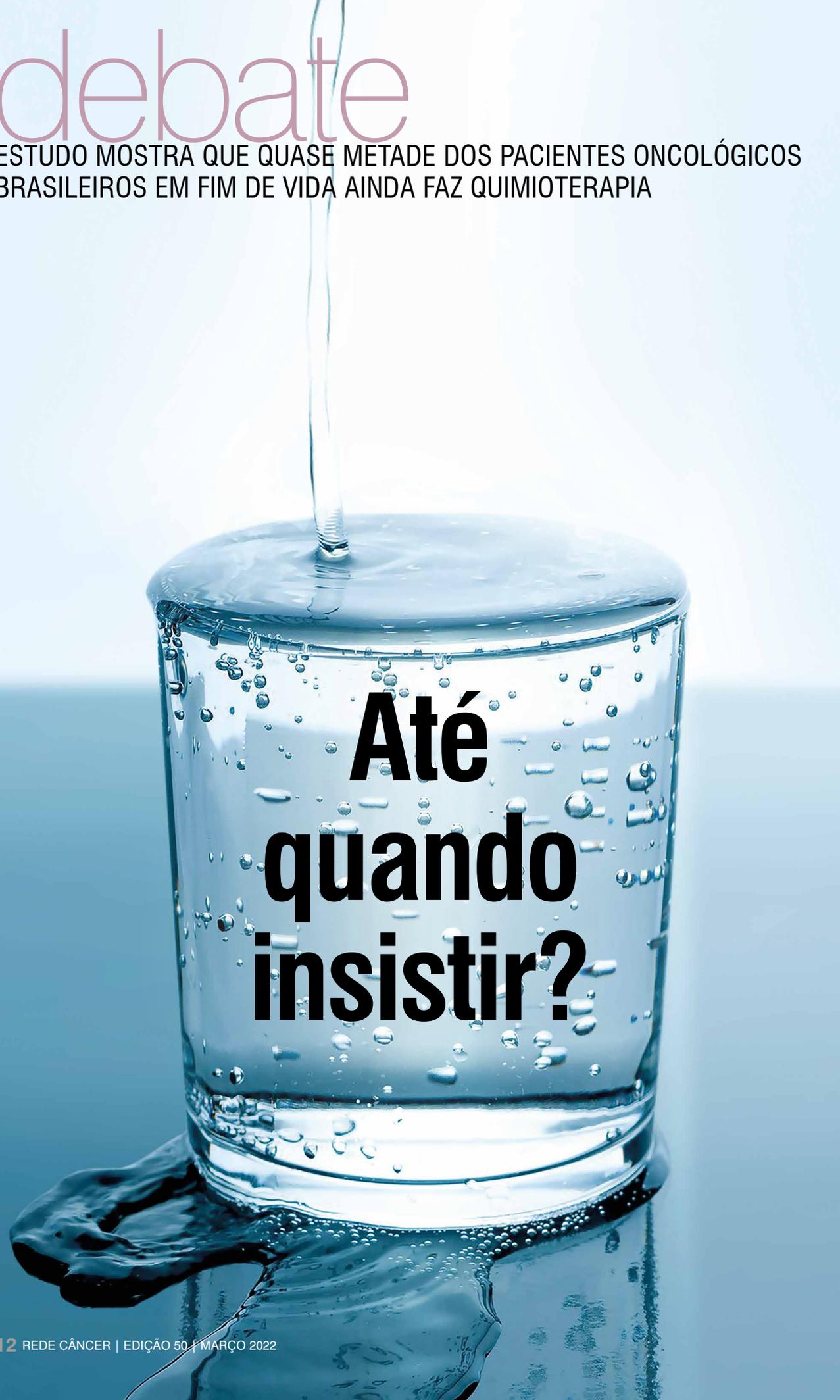


debate

ESTUDO MOSTRA QUE QUASE METADE DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
BRASILEIROS EM FIM DE VIDA AINDA FAZ QUIMIOTERAPIA

A glass of water with a straw, splashing water on a reflective surface. The glass is filled with water, and a straw is inserted into it. Water is splashing out of the glass onto a reflective surface below. The background is a soft, light blue gradient.

**Até
quando
insistir?**

Se um médico colocasse na balança os efeitos positivos e os negativos de um remédio, a expectativa, naturalmente, seria que o primeiro lado sempre pesasse mais. Isso significa que a droga vai curar o doente ou amenizar os sintomas da doença, de tal modo que as eventuais reações adversas percam relevância. No entanto, para um determinado grupo de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico no Brasil, a balança está pendendo para o lado negativo, segundo pesquisadores ligados à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Ao analisar a Base Nacional de Oncologia, banco de dados com registros de procedimentos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS), a equipe identificou que 299 mil tratamentos de câncer começaram entre 2009 e 2014, período da investigação, e incluíram, pelo menos, uma internação. Um ano após a primeira hospitalização, 62 mil pessoas haviam morrido da doença. Dessas, 28 mil (45%) fizeram quimioterapia nos últimos 30 dias de vida, período em que a exposição a substâncias tóxicas, com efeitos indesejados, como náuseas e vômitos, já não era mais necessária. É um dos maiores índices do mundo, de acordo com o primeiro autor do estudo, Munir Murad Junior.

“Algumas séries tão grandes quanto a nossa mostraram, em países com sistema de saúde bem organizado, como o britânico, taxas de 10% [de quimioterapia em fim de vida] ou menos. De forma geral, encontramos, no mundo, em torno de 20% a 25%”, compara Murad Junior, coordenador de Cuidado Continuado do Instituto Orizonti, na capital mineira, e integrante do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da UFMG, responsável pela Base Nacional de Oncologia.

“Esses pacientes, em seus últimos momentos, estão recebendo o que se chama de sobretratamento: terapias, muitas vezes agressivas, que não agregarão nenhuma qualidade de vida, nem para eles, nem para os familiares”, acrescenta a coordenadora do grupo, a médica, professora e doutora em Saúde Pública Mariangela Leal Cherchiglia.

Mariangela foi orientadora do médico generalista Thiago Henrique Mascarenhas Nébias na dissertação de mestrado *Fatores associados ao risco de óbito em até um ano após a primeira internação de pacientes oncológicos no Sistema Único: identificando pacientes que potencialmente se beneficiariam de cuidados paliativos*, que serviu de base para o estudo. Nébias destaca que, quando segmentados por

“Esses pacientes, em seus últimos momentos, estão recebendo o que se chama de sobretratamento: terapias, muitas vezes agressivas, que não agregarão nenhuma qualidade de vida, nem para eles, nem para os familiares”

MARIANGELA LEAL CHERCHIGLIA,
doutora em Saúde Pública

tipo de câncer, os achados da pesquisa são ainda mais alarmantes. Em tumores colorretais, por exemplo, a taxa de quimioterapia no fim de vida, no Brasil, chega a 74%.

“É um número muito expressivo e completamente fora da literatura”, ressalta. “Pacientes em fim de vida não deveriam estar recebendo esse tipo de tratamento, já que não vão se beneficiar dele. Porém, a nossa cultura é muito medicalocêntrica e intervencionista, e nós, médicos, somos sobretimistas com o paciente. Sempre achamos que conseguiremos curá-lo, mas, em muitos casos, isso não acontece, e nós estamos apenas oferecendo um desconforto a mais”, reconhece o médico, que lidou com pacientes oncológicos em cuidados paliativos em atenção domiciliar e hoje atua com terapia intensiva em três hospitais na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

LINHA TÊNUE

A própria taxa de quimioterapia em fim de vida para o câncer colorretal materializa a esperança médica citada por Nébias. De acordo com Murad Junior, o alto índice pode ser explicado também pela própria característica do tumor, que, quando metastático para o fígado, ainda pode ser tratado cirurgicamente, porque não se espalhou para outros órgãos. Outro ponto a ser considerado, ele pondera, é a ausência de protocolos internacionais que especifiquem até quando aplicar o tratamento, independentemente do tipo de câncer.



“É realmente um desafio entender em que fase o paciente está, para não expô-lo a terapias tóxicas de maneira fútil, nem parar de fazer quimioterapia num momento em que ele ainda pode se beneficiar dela”

MUNIR MURAD JUNIOR, oncologista, coordenador de Cuidado Continuado do Instituto Orizonti, e integrante do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da UFMG

“É realmente um desafio entender em que fase o paciente está, para não expô-lo a terapias tóxicas de maneira fútil, nem parar de fazer quimioterapia num momento em que ele ainda pode se beneficiar dela”, admite. “Não há uma resposta objetiva, mas sabemos que a maioria dos tumores sólidos não responde muito bem a uma terceira ou quarta linha de quimioterapia. Então, quanto mais a gente tenta, maior a chance de o tumor se tornar mais resistente. Isso tem que ser levado em conta, ao lado, principalmente, da performance física do paciente, além do volume (soma dos nódulos) de doença e dos sintomas. É o conjunto dessas variáveis que vai ajudar na decisão de continuar a quimioterapia ou não.”

Para medir a performance física, é usada a escala Ecog (sigla em inglês para Grupo de Oncologia Cooperativa Oriental). Somente pacientes dos níveis 0 e 1, com nenhuma ou pouca restrição de movimento, devem receber quimioterapia sempre que indicado. Já os das duas últimas posições, 3 (pessoas restritas ao leito em mais de 50% do tempo em que estão acordadas) e 4 (totalmente restritas ao leito), nunca devem ser submetidas ao tratamento.

Essa recomendação consta de documentos lançados pelos braços canadense e australiano do movimento internacional Choosing Wisely (Escolhendo Sabiamente, em tradução livre), que estimula médicos do mundo inteiro a adotar escolhas racionais. Para pacientes Ecog 3 e 4, a organização indica evitar a quimioterapia e concentrar-se no alívio dos sintomas e nos cuidados paliativos.

Teor semelhante ao de uma publicação da matriz do movimento, nos Estados Unidos, com a Sociedade Americana de Oncologia Clínica (Asco, na sigla em inglês) sobre quando interromper o tratamento de câncer. No documento, as instituições reforçam que pessoas com doença avançada e que continuam recebendo quimioterapia, mesmo praticamente sem chance de ajudá-las, “acabam sofrendo quando não deveriam”.

SEM CULPADOS

Embora o estudo liderado por Munir Murad Junior abranja o Sistema Único de Saúde, o oncologista acredita que o panorama não seja diferente na rede privada. Para ele, dado o alto percentual de tratamento, não é possível apontar possíveis culpados pelo uso de quimioterapia em fim de vida no Brasil.

“Acho mais justo atribuir a uma característica nacional. É da nossa cultura lidar mal com a morte”, avalia. “O Brasil tem muito a melhorar no conceito de cuidados paliativos, tanto pela população quanto pelas equipes de saúde. Quando você tem o cuidado paliativo estruturado, faz menos quimioterapia no fim de vida.”

Para Murad Junior, o paciente deve ser acompanhado por profissionais de cuidados paliativos desde o entendimento de que a doença se tornou incurável. “É esperado que o contato do paciente com a equipe dure mais que seis meses. Diretrizes internacionais de integração precoce de cuidados paliativos recomendam que isso aconteça no último ano ou até nos dois últimos anos de vida”, revela. “A

COMO FOI FEITA A PESQUISA

O estudo conduzido por Munir Murad Junior, Thiago Henrique Mascarenhas Nébias, Mariangela Leal Cherchiglia e Marcos Antonio da Cunha Santos usou uma base de dados com registros de procedimentos realizados no SUS e gerenciada pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da UFMG.

A base tem 159 milhões de registros únicos entre 2000 e 2015. As informações são reunidas a partir da Autorização de Procedimento de Alto Custo (Apac), da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Datasus.

A Base Nacional de Oncologia, parte do banco de dados dedicada ao câncer, registra, entre 2009 e 2014, 299.202 pacientes que iniciaram o tratamento contra a doença e, posteriormente, foram internados pelo menos uma vez. Desse total, 62.249 morreram um ano após a primeira internação.



Internações de pacientes de câncer, entre 2009 e 2014

Total de internações

299.202

Óbitos um ano após a primeira internação

62.249



62 anos
Mediana dos pacientes que faleceram

46%
residiam na região Sudeste



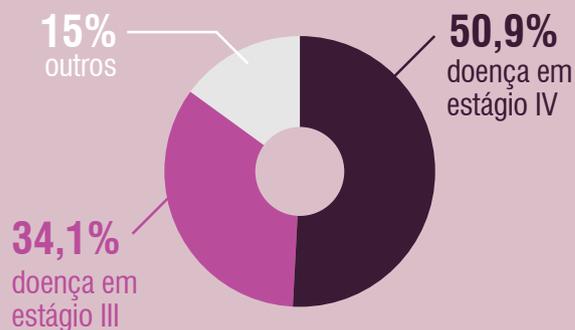
Últimos 30 dias de vida

28.250 pacientes fizeram quimioterapia



45,4%
do total de mortos

Entre os pacientes que morreram:



Tipos de câncer com maiores taxas de uso de quimioterapia no último mês de vida:



74,4%

COLORRETAL



51,8%

MAMA



50,5%

ESTÔMAGO



44%

PULMÃO

integração precoce faz com que médico e paciente se entendam. Assim, o conhecimento do profissional deixa de ser apenas biológico. Ele começa a ver o doente de modo mais amplo e percebe que a quimioterapia está fazendo mais mal do que bem, que está na hora de parar. Além disso, quando o vínculo entre eles é bom, o médico valida a esperança do paciente, mas também acolhe o medo.”

Thiago Nébias, por sua vez, crê em um desconhecimento a respeito dos cuidados paliativos. “Um benefício importante é paradoxal: o paciente submetido a uma quimioterapia supérflua, se estivesse em cuidados paliativos, poderia, em alguns casos, ter sua sobrevida aumentada. Afinal, diminui o número de internações desnecessárias em UTI, hospitalizações em geral e intervenções, enquanto aumenta a qualidade de vida, tanto do paciente quanto dos familiares”, afirma.

O DILEMA DO GOLEIRO

Mariangela Cherchiglia cita estudos internacionais que apontam que o cuidado paliativo proporciona atendimento mais humano a um custo menor para o sistema de saúde, em comparação à quimioterapia. “Não é apenas o valor do procedimento em si, mas de todo o tratamento. É necessário fornecer o medicamento antivômito, e o paciente pode ser internado, até mesmo em UTI, porque pegou uma infecção ou sofreu obstrução intestinal. Além disso, alguns desses medicamentos novíssimos para o tratamento de câncer em fase IV, que custam muito caro, não melhoram em nada a qualidade de vida do doente e têm efeitos adversos gravíssimos. O paciente ainda corre o risco de passar o último tempo dele na UTI, sozinho, num ambiente hostil”, observa.

Para a médica, a trajetória que leva à redução do sobretratamento e ao aumento da qualidade de vida do paciente não é das mais fáceis, uma vez que a internação hospitalar e os procedimentos ambulatoriais ainda são vistos na sociedade como sinônimos de assistência apropriada. Além disso, muitas famílias não podem manter o doente em atendimento domiciliar, já que nem todos os custos são cobertos pelo Estado. Por fim, há os próprios interesses econômicos da saúde privada, que estimula o consumo cada vez maior de medicamentos e aparelhos.

No entanto, Mariangela aponta atalhos. Um deles é incluir, ou aprofundar, a abordagem dos cuidados paliativos na formação médica. “Nossos futuros

“O paciente submetido a uma quimioterapia supérflua, se estivesse em cuidados paliativos, poderia, em alguns casos, ter sua sobrevida aumentada. Afinal, diminui o número de internações desnecessárias em UTI, hospitalizações em geral e intervenções, enquanto aumenta a qualidade de vida, tanto do paciente quanto dos familiares”

THIAGO HENRIQUE MASCARENHAS NÉBIAS,
médico generalista

profissionais carecem de uma visão mais ética e abrangente da qualidade de vida dos pacientes. Não podem ter a ideia de que somente a tecnologia vai resolver. Como professora, sempre falo com meus alunos que, às vezes, determinados procedimentos e medicamentos trazem muito mais sofrimento para o paciente e sua família do que a aceitação da finitude da vida.”

Murad Junior também segue o caminho da autocrítica, mas recorre ao passado para trilhá-lo. Ele lembra uma pesquisa de 2007 que, com base em estudos do psicólogo israelense Daniel Kahneman, Prêmio Nobel de Economia em 1986, definiu o que é viés de ação: o goleiro sabe que a chance de pegar um pênalti é maior se ficar no meio do gol, mas, ainda assim, decide pular em um dos cantos, porque, se a bola entrar, sofrerá mais por ter ficado parado do que por ter agido.

“É por isso que nós usamos quimioterapia em fim de vida – pelo menos, fizemos alguma coisa. É difícil ganhar desse viés cognitivo, mas nem precisa. Temos que entendê-lo e oferecer a opção certa, que é o cuidado paliativo. Já que nós vamos pular, que façamos isso no canto certo.” ■

PROTOCOLO PARA OFERTA PRECOCE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Em fevereiro, o INCA deu início ao projeto-piloto que avaliará a elaboração de protocolo para embasar o encaminhamento de pacientes já sem possibilidade de cura, mas ainda atendidos nas unidades regulares do Instituto, para o recebimento exclusivo de cuidados paliativos no Hospital do Câncer IV. A iniciativa foi da diretora do HC IV, Renata de Freitas, após pesquisa com oncologistas clínicos do HC I, HC II e HC III para identificar as principais barreiras para tomarem a decisão de interromper o tratamento com intuito curativo, mesmo quando não há mais benefícios aos pacientes. A pesquisa foi efetuada por meio de formulário estruturado baseado em publicações sobre o tema para descobrir quais os fatores determinantes, as dificuldades e sugestões de estratégias para o encaminhamento desses pacientes.

“No momento, o INCA não possui um protocolo de encaminhamento. A decisão de encaminhar o paciente para o HC IV é do médico que faz o atendimento nas unidades usuais”, explica Renata de Freitas. “Porém, o indivíduo é paciente do serviço [de oncologia clínica, por exemplo]; ele não tem um médico que o acompanha durante todo o tratamento. Então, o médico que atende a um determinado paciente uma única vez não se sente confortável para tomar essa decisão.”

Embora os médicos entrevistados reconheçam o benefício do encaminhamento e entendam que o ideal é que os pacientes tenham acesso à equipe de cuidados paliativos precocemente, a média de sobrevivência dos que são acompanhados no HC IV é de seis a oito semanas. Isso mostra que os pacientes são encaminhados nos dois últimos meses de vida.

O projeto-piloto está sendo aplicado no HC II. Foram enviados questionários aos 59 médicos que atendem pacientes com câncer do colo do útero. O protocolo está sendo construído com base em critérios técnicos de mau prognóstico na doença avançada por meio de consenso (metodologia conhecida como Método Delphi). O objetivo é chegar

a um modelo que, ao ser respondido pelo médico, calculará o quanto determinada paciente é candidata a receber exclusivamente cuidados paliativos. Dessa forma, o peso da decisão deixará de ser apenas de um médico, pois ele estará embasado em um protocolo institucional construído coletivamente.

A pesquisa realizada pela diretora do HC IV, que também avaliou os prontuários dos últimos 30 dias de vida de todos os pacientes com câncer avançado que morreram entre junho e julho de 2019 nas demais unidades do Instituto, identificou a prescrição de quimioterapia no derradeiro mês de vida para 24% daqueles assistidos no HC I. No HC III, o percentual foi de 21,4% e, no HC II, de 17,9%. Além da prescrição de quimioterapia, parte desses pacientes também foi atendida nas emergências e/ou internados nas unidades onde estavam matriculados.

“Ainda recebemos no HC IV um número significativo de pacientes já demandando internação ou assistência domiciliar. Caso os pacientes fossem encaminhados menos tardiamente, eles poderiam ser acompanhados em ambulatório, com possibilidade de acompanhamento mais precoce na linha de cuidado e melhor perfil funcional. Temos vagas ociosas no ambulatório”, observou.

A Sociedade Americana de Oncologia Clínica recomenda, desde 2018, a introdução de cuidados paliativos em até oito semanas após o diagnóstico da doença oncológica avançada, justificando que essa intervenção pode resultar em cuidados de final de vida menos agressivos. Esses cuidados incluem redução de indicação de quimioterapia no último mês de vida e menor tempo e número de internações hospitalares, além de maior probabilidade de óbito em ambiente escolhido pelo paciente.

“De fato, a gestão do INCA compreende a importância de modificar o modelo atual de oferta de cuidados paliativos, mas serão necessários adaptações e otimização de recursos humanos, fator de difícil resolução em médio prazo. Por isso, a motivação do estudo”, observou a diretora do HC IV.