

Os Cuidados Paliativos na Insuficiência Cardíaca podem ser Indicados no Pronto-Socorro?

Can Palliative Care for Heart Failure be Indicated in the Emergency Department?

Louise Freire,¹ Diane Xavier de Ávila,^{2,3} Estêvão Lanna Figueiredo⁴

Hospital Pró-Cardíaco,¹ Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Complexo Hospitalar de Niterói,² Niterói, RJ – Brasil

Universidade Federal Fluminense - Pós-graduação em Ciências Cardiovasculares,³ Niterói, RJ – Brasil

Instituto Orizonti,⁴ Belo Horizonte, MG – Brasil

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é tipicamente uma doença progressiva, caracterizada por um padrão de declínio gradual intercalado com episódios de deterioração aguda. Isso frequentemente culmina em morte súbita ou hospitalização.¹⁻³ Discutir sua trajetória, especialmente em descompensações de emergência, pode ser desafiador quando os médicos preveem essas situações nos princípios e práticas de cuidados paliativos (CP).^{4,5}

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os CP como uma abordagem centrada no paciente e na família, que visa melhorar a qualidade de vida (QdV) global, abordando, prevenindo e aliviando o sofrimento de forma proativa.⁶ Isso prioriza o alívio da dor e o controle de sintomas angustiantes, valoriza a vida e reconhece o processo natural de morrer. Os CP também oferecem um sistema de suporte, capacitando os pacientes a viverem tão plena e ativamente quanto possível, até o final da vida.^{6,7}

Agravando essa questão, existe uma tendência prevalente, compartilhada por pacientes, famílias e até mesmo profissionais de saúde, de ver pacientes com IC “estáveis” como menos suscetíveis à morte ou hospitalização. Consequentemente, os médicos frequentemente evitam discutir a possibilidade desses eventos, levando a situações em que os pacientes se apresentam subitamente nas salas emergência com exacerbações agudas da IC. O processo de tomada de decisão nesses momentos críticos pode ser repleto de ansiedade para todos os envolvidos.^{1,7}

O que dizem as Diretrizes?

Em 2009, a Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) definiu três estágios na progressão da IC e os objetivos dos CP em cada estágio.⁸ A Sociedade Brasileira de Cardiologia, em

2018, recomendou que a equipe multidisciplinar cuidando de pacientes com IC deve implementar CP precocemente e aumentar as ações de CP à medida que a doença progride.¹ Em 2020, a ESC especificou componentes de alívio de sintomas, apoio espiritual e psicossocial e as modificações apropriadas nos protocolos de tratamento orientados por diretrizes, incluindo desprescrição de medicamentos e desativação de dispositivos, para fase crônicas, crises de agudização e fases terminais da IC.⁷ (Figura 1)

Os CP estão fundamentados no espírito de trabalho em equipe, estruturados com foco nesta missão central. É essencial que este plano seja cuidadosamente adaptado aos valores, preferências e aspirações únicas do paciente, garantindo uma abordagem abrangente que cubra todos os aspectos de seu bem-estar, em todas as decisões e especialmente próximo à fase terminal. Os princípios centrais incluem cuidados centrados no paciente e na família/cuidador, o aprimoramento da qualidade de vida, comunicação eficaz e empática, tomada de decisões colaborativas sobre escolhas de tratamento, planejamento antecipado de cuidados proativo e consideração holística das necessidades físicas, emocionais, espirituais e psicológicas do paciente. Além disso, requer o envolvimento ativo do sistema de apoio e da família do paciente tanto na avaliação quanto no gerenciamento dos cuidados. A expertise dos especialistas em CP deve ser integrada aos esforços colaborativos das equipes de cuidados primários para fornecer, aos pacientes, os melhores cuidados possíveis.^{6,8}

As Diretrizes de IC da ESC de 2021 discutiram os sinais de fim de vida na IC (Figura 2). Vários componentes dos CP exigem atenção especial ao lidar com a IC avançada. Em primeiro lugar, o foco deve permanecer firme na melhoria da QdV do paciente, buscando maximizá-la até o fim. Esta missão é de suma importância. Outro aspecto essencial é a avaliação contínua e vigilante dos sintomas, incluindo dispnéia e dor, que podem surgir da própria IC ou de comorbidades concomitantes.⁷⁻⁹

O planejamento avançado de cuidados desempenha um papel fundamental, crítico, abrangendo discussões sobre as preferências do paciente quanto ao local de seu eventual falecimento, decisões relacionadas à desativação de dispositivos (como desfibriladores cardíacos) e envolvendo uma equipe multidisciplinar para garantir que todos os aspectos dos cuidados estejam coordenados e alinhados com os desejos do paciente.^{1,7-9}

Palavras-chave

Cuidados Paliativos; Insuficiência Cardíaca; Serviços Médicos de Emergência.

Correspondência: Estêvão Lanna Figueiredo •

Instituto Orizonti - Avenida José do Patrocínio Pontes, 1355. CEP 30210-090, Mangabeiras, Belo Horizonte, MG - Brasil

E-mail: estevao@cardiol.br, estevaolanna1@gmail.com

Artigo recebido em 24/09/2023, revisado em 05/10/2023, aceito em 05/10/2023

DOI: <https://doi.org/10.36660/abchf.20230068>

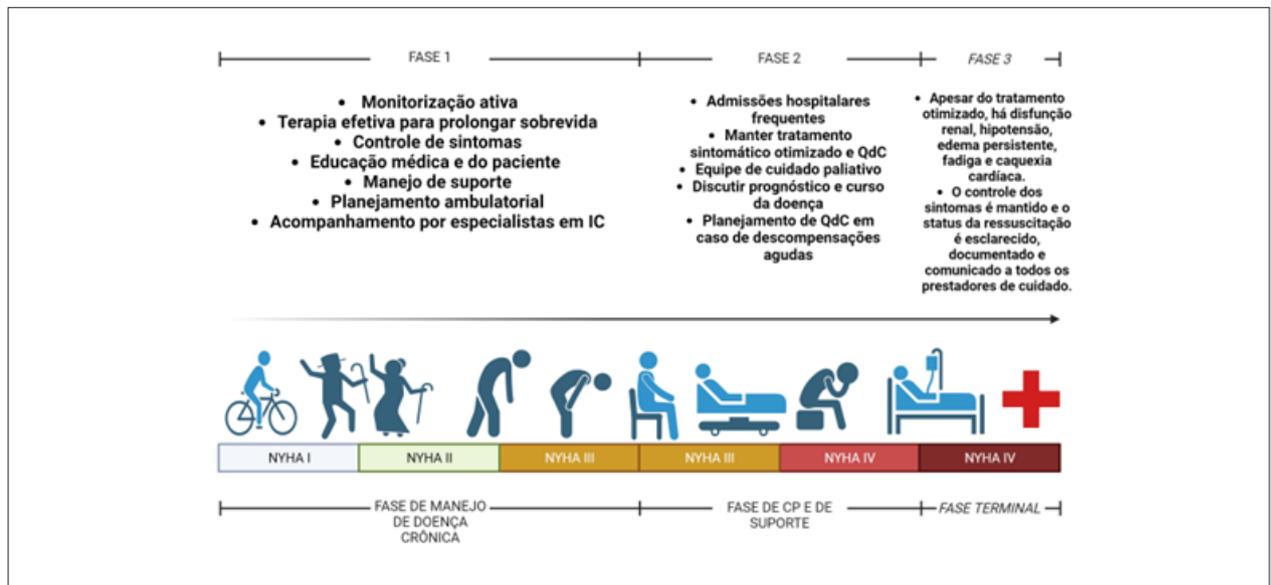


Figura 1 – Fases e metas de Cuidado Paliativo em IC.

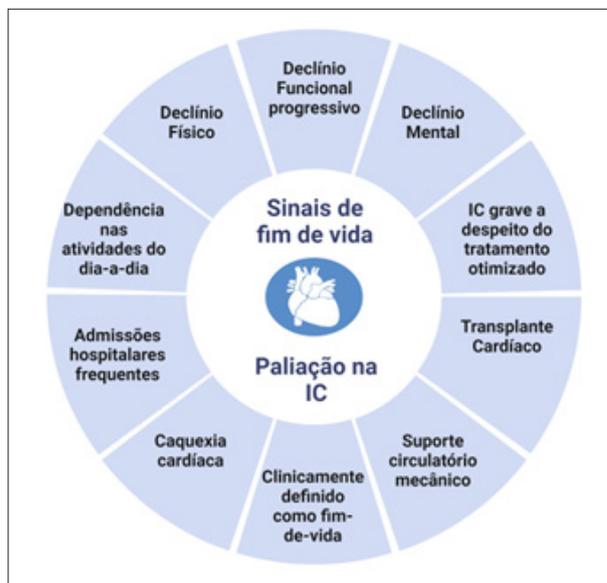


Figura 2 - IC e sinais de terminalidade.

Como implementar Cuidados Paliativos no Departamento de Emergência?

Implementar cuidados paliativos na admissão à emergência é um desafio importante, mas essencial, para melhorar a QdV de pacientes em estágios avançados da doença. Alguns profissionais da área opinam que não seria o local apropriado para pacientes terminais, nem o lugar adequado para iniciar a jornada de CP. Isso gera a percepção equivocada de que fornecer esse tipo de cuidado no departamento de emergência não é apropriado. Mas a unidade de emergência frequentemente representa o primeiro ponto de contato para pacientes em crise, incluindo aqueles com expectativa de vida limitada, e fornecer cuidados

centrados no paciente nesse ambiente pode ajudá-los a alcançar seus objetivos de cuidados.⁹⁻¹¹

É necessário estabelecer protocolos para identificar pacientes que podem se beneficiar dos CP e iniciá-los. As equipes da emergência devem ser treinadas em habilidades básicas de CP, como manejo de sintomas, comunicação e planejamento antecipado de cuidados.⁹⁻¹²

Um estudo canadense demonstrou que pacientes com IC com 65 anos ou mais que procuram atendimento de emergência têm taxa de envolvimento em CP de apenas 15,8%. Além disso, apenas 41% de todos os pacientes falecidos após um ano tiveram algum envolvimento com cuidados paliativos. Daqueles que receberam CP, 76% tiveram menos de duas semanas de envolvimento antes da morte. O estudo sugere que a sala de emergência poderia ser um local apropriado para identificar e encaminhar pacientes com IC de alto risco que poderiam se beneficiar de um envolvimento mais precoce em CP.¹³

Uma ferramenta valiosa é o questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que avalia a percepção do indivíduo sobre seu bem-estar físico, emocional e social em relação à sua saúde e ao tratamento médico. Pacientes com doenças cardiovasculares (DCV) avançadas apresentam menor QVRS devido à carga física e emocional de sua doença. Cuidadores, incluindo familiares e profissionais de saúde, desempenham um papel fundamental no apoio a pacientes com DCV avançadas. Os cuidadores podem ajudar no manejo dos sintomas, oferecer apoio emocional e auxiliar na tomada de decisões relacionadas ao tratamento médico e aos cuidados no final da vida. No entanto, o cuidado pode também ser fonte de estresse e sobrecarga, e os cuidadores podem enfrentar seus próprios desafios em termos de saúde física e emocional.¹⁴

Limitações e desafios

Os principais desafios incluem: (1) identificação precoce de pacientes que se beneficiariam, uma vez que o foco

principal é a estabilização aguda; (2) comunicação eficaz, (3) falta de treinamento; (4) membros da família podem não estar preparados para discutir CP, tomar decisões difíceis ou ter expectativas irreais em relação ao tratamento, especialmente durante um episódio de descompensação aguda; (5) recursos limitados, como acesso a equipes de CP ou medicamentos específicos; (6) coordenação de cuidados.

Superar essas limitações é crucial para garantir que os pacientes recebam cuidados apropriados e compassivos.^{1,8-11}

Passos a Serem Estabelecidos na Avaliação dos CP em Pacientes com IC na emergência

Sugerimos os passos abaixo para pacientes com IC, que podem ser aplicados na sala de emergência.^{1-3,7-12}

1. Avaliação Abrangente: Realizar uma avaliação completa do paciente, incluindo a gravidade da IC, comorbidades, sintomas, histórico médico e, principalmente, os objetivos e preferências do paciente em relação aos cuidados médicos. Isso ajuda a determinar se os CP são apropriados.

2. Comunicação Eficaz: Mantenha uma comunicação aberta e empática com pacientes e familiares. Explique, claramente, a progressão da doença e as opções de tratamento disponíveis, incluindo CP.

3. Avaliação de Sintomas: Identifique e avalie os sintomas do paciente, como dispnéia, dor, fadiga e ansiedade.

4. Controle de Sintomas: Administre tratamentos apropriados para aliviar os sintomas, garantindo conforto e a melhor QdV de vida possível.

5. Planejamento Antecipado de Cuidados com o paciente e sua família: envolve identificar as preferências do paciente em relação à ressuscitação cardiopulmonar, intervenções invasivas e cuidados no final da vida.

6. Consulta com Especialistas: Se necessário, encaminhe o paciente para consulta com uma equipe de CP para fornecer suporte especializado.

7. Apoio Emocional: Ofereça ao paciente e família, pois lidar com uma doença grave pode ser emocionalmente desafiador.

Conclusão

Os princípios dos CP devem ser integrados no cuidado de pacientes com IC desde o início, para melhorar seu bem-estar geral, aliviar o sofrimento e facilitar a comunicação clara sobre a progressão da doença e os resultados potenciais.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa; Obtenção de dados; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Freire L, Ávila DX, Figueiredo EL.

Potencial conflito de interesse

Não há conflito com o presente artigo

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Aprovação ética e consentimento informado

Este artigo não contém estudos com humanos ou animais realizados por nenhum dos autores.

Referências

1. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2018; 111(3):436-539.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36):3599-726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
3. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(17):e263-e421. doi: 10.1016/j.jacc.2021.12.012.
4. Lupu D; American Academy of Hospice and Palliative Medicine Workforce Task Force. Estimate of Current Hospice and Palliative Medicine Physician Workforce Shortage. *J Pain Symptom Manage*. 2010;40(6):899-911. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.004.
5. Bayuo J, Agbeko AE, Acheampong EK, Abu-Odah H, Davids J. Palliative Care Interventions for Adults in the Emergency Department: A Review of Components, Delivery Models, and Outcomes. *Acad Emerg Med*. 2022;29(11):1357-78. doi: 10.1111/acem.14508.
6. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2023 Oct 16]. Available from: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.
7. Hill L, Prager Geller T, Baruah R, Beattie JM, Boyne J, de Stoutz N, et al. Integration of a Palliative Approach Into Heart Failure Care: A European Society of Cardiology Heart Failure Association Position Paper. *Eur J Heart Fail*. 2020;22(12):2327-39. doi: 10.1002/ejhf.1994.
8. Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, McDonagh T, Mohacsi P, et al. Palliative Care in Heart Failure: A Position Statement from the Palliative Care Workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2009;11(5):433-43. doi: 10.1093/eurjhf/hfp041.
9. Lipinski M, Eagles D, Fischer LM, Mielniczuk L, Stiell IG. Heart Failure and Palliative Care in the Emergency Department. *Emerg Med J*. 2018;35(12):726-9. doi: 10.1136/emered-2017-207186.
10. Kirkpatrick JN, Hauptman PJ, Swetz KM, Blume ED, Gauvreau K, Maurer M, et al. Palliative Care for Patients with End-Stage Cardiovascular Disease and Devices: A Report from the Palliative Care Working Group of the Geriatrics Section of the American College of Cardiology. *JAMA Intern Med*. 2016;176(7):1017-9. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.2096.

11. Hritz CM. Palliative Therapy in Heart Failure. *Heart Fail Clin.* 2018;14(4):617-24. doi: 10.1016/j.hfc.2018.06.011.
12. Blum M, Goldstein NE, Jaarsma T, Allen LA, Gelfman LP. Palliative Care in Heart Failure Guidelines: A Comparison of the 2021 ESC and the 2022 AHA/ACC/HFSA Guidelines on Heart Failure. *Eur J Heart Fail.* 2023. doi: 10.1002/ejhf.2981.
13. Poon S, Rojas-Fernandez C, Virani S, Honos G, McKelvie R. The Canadian Heart Failure (CAN-HF) Registry: A Canadian Multicentre, Retrospective Study of Inpatients with Heart Failure. *CJC Open.* 2022;4(7):636-43. doi: 10.1016/j.cjco.2022.04.005.
14. Yin S, Njai R, Barker L, Siegel PZ, Liao Y. Summarizing Health-Related Quality of Life (HRQOL): Development and Testing of a One-Factor Model. *Popul Health Metr.* 2016;14:22. doi: 10.1186/s12963-016-0091-3.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons