

**HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ENFERMAGEM EIXO
INTENSIVISMO**

TAIZE LIMA DA SILVA

**DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS NO ÂMBITO DA
TERAPIA INTENSIVA NA EXECUÇÃO DOS PRINCÍPIOS
DOS CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO DA
LITERATURA CIENTÍFICA**

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES
JANEIRO/2021

DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS NO ÂMBITO DA TERAPIA INTENSIVA NA EXECUÇÃO DOS PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA

DIFFICULTIES OF PROFESSIONALS WITHIN THE SCOPE OF INTENSIVE THERAPY IN IMPLEMENTING THE PRINCIPLES OF PALLIATIVE CARE: A REVIEW OF SCIENTIFIC LITERATURE

SILVA, Taize Lima¹
RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira²
VOLPATO, Ronalth³

RESUMO

Cuidados Paliativos são um conjunto de assistência adotado quando o paciente não tem mais perspectiva de cura, quando sua doença, independente das medidas terapêuticas, evoluirá para a morte, e seu objetivo principal é conseguir controlar a dor e outros sintomas, tratar problemas psicológicos, sociais e espirituais, visando o bem estar do paciente vítima de doença terminal. A equipe necessita estar preparada e habilitada para assistir o paciente sem perspectiva de cura em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), seus familiares e suas demandas de maneira integrativa. No entanto, os profissionais possuem conhecimento limitado e errôneo sobre o tema e esse tipo de assistência. Sendo assim, foi realizada uma pesquisa exploratória, por meio de levantamento bibliográfico de referências teóricas, buscando identificar e disponibilizar aos profissionais de saúde, conhecimento teórico sobre o tema, com o objetivo de levantar os princípios dos cuidados paliativos e as dificuldades que os profissionais do âmbito da terapia intensiva enfrentam para poder implantar os cuidados paliativos. Nas UTI existem um grande número de pacientes que se beneficiariam com a definição precoce de cuidados paliativos. Assim é importante despertar a consciência crítica, priorizando o bem estar do paciente por meio de avaliação contínua de possibilidade de aplicação desse tipo de assistência, e tornando o fim de vida digno, controlando sintomas e sentimentos desconfortáveis. Para isso é necessária uma equipe multiprofissional em sinergia para tomada de decisões, mantendo comunicação efetiva, baseados nos princípios dos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Terapia intensiva; Princípios dos Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Palliative care is a set of assistance adopted when the patient has no prospect of a cure, when his illness, regardless of therapeutic measures, will evolve to death, and its main objective is to achieve pain and other symptoms, treat psychological, social and

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Intensivismo do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES.

² MSc. Gustavo Zigoni de Oliveira Ribeiro, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES.

³ Enfermeiro Ronalth Volpato, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES.

spiritual, spiritual the well-being of the terminally ill patient. The team requires that it is prepared and qualified to assist the patient with no prospect of cure in the ICU (Intensive Care Unit), their families and their demands in an integrative way. However, professionals have limited and erroneous knowledge on the topic and this type of assistance. Therefore, an exploratory research was carried out, by means of bibliographic survey of theoretical references, seeking to identify and make available to health professionals, theoretical knowledge on the subject, with the objective of raising the principles of palliative care and as difficulties that professionals intensive care face to be able to implement palliative care. In the ICU, there are a large number of patients who benefit from an early definition of palliative care. Thus, it is important to awaken critical awareness, prioritizing the patient's well-being through continuous assessment of the possibility of applying this type of assistance, and making the end of life worthy, controlling symptoms and uncomfortable feelings. For this, it is necessary to have a multidisciplinary team in synergy for decision-making, maintaining effective communication, in the principles of palliative care.

Keywords: Palliative care; Intensive care; Palliative Care Principles.

INTRODUÇÃO

O termo "cuidados paliativos" é caracterizado pela atuação de uma equipe multiprofissional sob pacientes sem terapêutica curativa. A palavra "paliativa" é originada do latim *palliun* que significa manto e proteção, melhor designada pelo conceito de amparar aquele a qual não existe mais possibilidade de cura (HERMES; LAMARCA, 2013). Pelo *Center to Advance Palliative Care* (CAPC) os cuidados paliativos são definidos como cuidados médicos especializados para pessoas que vivem com doenças graves, focado em fornecer aos pacientes alívio dos sintomas e estresse de uma doença grave - seja qual for o diagnóstico. O objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família (CROOMS et al, 2020).

O cuidado paliativo surgiu em 1967 pelo movimento contemporâneo que foi iniciado pela inglesa Dame Cicely Saunders, com a fundação do *Saint Christopher Hospice*, no Reino Unido. Tal instituição tinha o objetivo de assistência integral ao paciente, com o controle dos sintomas desconfortáveis, como o alívio da dor e sofrimento psicológico e questões sociais (HERMES; LAMARCA, 2013). Ali os pacientes em fase final de vida encontravam alívio da "dor total" (SBGG, 2015, p. 26). A partir de então surge uma nova filosofia no cuidar dos pacientes terminais (HERMES; LAMARCA, 2013).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP (2012, p. 24), o Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo *Hospice*, que antes eram

abrigo que cuidavam de peregrinos e viajantes dos primórdios da era cristã, quando estas instituições fizeram parte da disseminação do cristianismo pela Europa. Hoje se trata de uma filosofia do cuidado, onde mantém aplicação de Cuidados Paliativos intensivos para pacientes com doenças avançadas, refere-se a cuidados prestados ao final da vida, incluindo a assistência durante o processo de morrer, e se estende ao acolhimento de familiares em luto (SBGG, 2015, p. 22).

Em 1990, os termos “*hospice*” e “cuidados paliativos” apresentavam origens históricas variáveis, houve uma evolução convergente no desenvolvimento de serviços da saúde, e atualmente, os dois termos evoluíram para descrever o mesmo conceito de cuidado que pretende aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida. Pacientes indicados para um atendimento no estilo *hospice* são aqueles com doença em fase avançada e estimativa de vida de 6 meses ou menos (ANCP, 2012, p. 25).

No Brasil, o Cuidado Paliativo teve seu início na década de 1980, apresentando um crescimento importante a partir do ano 2000, com a consolidação dos serviços já existentes. No entanto ainda há muito a crescer, levando em consideração a extensão geográfica e as enormes necessidades do país (ANCP, 2012, p. 30).

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002), o 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 ameaça 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."

Os avanços das tecnologias na área da saúde com a intenção que a sobrevida aumentasse, e a disposição de diversos recursos para que a morte seja evitada, fizeram com que a morte passasse a acontecer no ambiente hospitalar. É na UTI, que se concentra maior número de pacientes críticos, e dentre estes há pacientes com situações clínicas reversíveis, como também pacientes com doenças crônicas, sem perspectiva terapêutica de cura e que evoluem para estágio de terminalidade (BARROS et al., 2012).

A UTI é o ambiente com recursos como técnicas e aparatos tecnológicos especializados para a luta pela vida de enfermos, porém diante da terminalidade é notável o despreparo de profissionais ao colocar em prática as ações que se

sobrepõem ao conforto do paciente sem possibilidade de cura, muitas vezes com condutas fúteis que só causam dor e prolongamento do sofrimento (BARROS et al., 2012). A medicina intensiva tem cumprido um papel considerável nos grandes sucessos da medicina moderna com o objetivo de cura, porém, a atenção empática ao paciente e familiares parece ser negligenciada (BURCHARDI, H.; 2014).

A Assembleia Mundial da Saúde emitiu uma declaração em 2014 apelando para que os cuidados paliativos sejam integrados no tratamento de qualquer doença grave, como parte do “dever ético dos profissionais de saúde” (CROOMS et al, 2020). Não se trata de cultivar uma postura contrária à medicina tecnológica, mas questionar a “tecnolatria” por meio de reflexão das condutas profissionais, diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo, para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz (ANCP, 2012, p. 23).

Trata-se de um tema relevante, uma vez que os cuidados intensivistas mantêm a competência voltada para a cura, numa realidade onde é preciso saber quando e como aplicar cuidados paliativos, já que se observa o quanto o paciente sofre com o retardo para definição de palição no âmbito intensivista. Conforme citado por Coelho e Yankaskas (2017), "a finalidade primária da UTI não deve ser apenas promover tratamento agressivo; ela deve também ajudar pacientes e familiares a tomarem decisões sábias, no que se refere ao final da vida". Existe uma grande necessidade de desmistificar conceitos e percepções da equipe intensivista sobre os cuidados paliativos a ser aplicado em um paciente na sua terminalidade de vida.

Além de pensamentos errôneos sobre o tema, a equipe necessita está preparada e habilitada para assistir o paciente terminal em UTI, seus familiares e suas demandas de maneira integrativa. Além disso a equipe deve estar consciente que os cuidados paliativos são engrenados por princípios, e deve ser aplicado conforme. Sendo assim, foi realizada uma pesquisa exploratória, por meio de levantamento bibliográfico de referências teóricas, buscando identificar e disponibilizar aos profissionais de saúde, conhecimento teórico sobre o tema, com o objetivo de levantar os princípios dos cuidados paliativos e as dificuldades que os profissionais do âmbito da terapia intensiva enfrentam para poder implantar os cuidados paliativos.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa de periódicos, na qual a avaliação crítica da pesquisa constitui da leitura do título e resumos das publicações disponíveis nas seguintes bases de dados: Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), Lilacs (*Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Utilizando-se os descritores: Cuidados paliativos, Terapia intensiva e equipe multiprofissional.

Além disso, foram feitas pesquisas em fontes do Ministério da Saúde relacionados com o tema de cuidados paliativos na UTI, sendo utilizado duas fontes dessas: Manual de Cuidados Paliativos e a cartilha vamos falar de Cuidados Paliativos, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG); uma fonte da Imprensa nacional pelo Diário Oficial da União (DOU); e duas fontes do Conselho Federal de Medicina.

Foram selecionados periódicos publicados em revistas científicas, trabalhos acadêmicos entre o período de 2010 a 2020, onde foram encontrados 65 artigos científicos usando os descritores supracitados, desse total foram descartados 22 pelo título e resumo, por não corresponderem com o tema abordado nessa revisão, restando um total de 43 artigos, o qual foram descartados 5 artigos que não tinha relação direta com a temática, sendo utilizados 17 artigos para atingir o objetivo da presente revisão.

DESENVOLVIMENTO

Os princípios dos cuidados paliativos defendem a morte como um processo natural, e resume-se em reafirmar a importância da vida, a partir do estabelecimento de cuidados que não acelerem a chegada da morte, nem a obstinação terapêutica (prolongue com medidas desproporcionais) (HERMES, 2013). Segundo a ANCP (2012, p. 26), os cuidados paliativos desenvolvem o cuidado ao paciente visando à qualidade de vida e à manutenção da dignidade humana no decorrer da doença, na terminalidade da vida, na morte e no período de luto.

Os cuidados paliativos além de possibilitar o alívio da dor e de outros sintomas desconfortáveis, ainda integra os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado, oferece também um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar

a doença do paciente e o período de luto, ou seja, a família também é assistida, mesmo após a morte do paciente (HERMES, 2013). Envolve uma abordagem que inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano (ANCP, 2012, p.26). O modelo ideal desse tipo de assistência envolve tomar uma série de medidas bem antes dos estágios finais das doenças (ORZECOWSKI et al., 2019).

Segundo a *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (2014), apesar de que mais de 100 milhões de pessoas se beneficiem de cuidados paliativos anualmente no mundo (entre esses familiares e cuidadores), menos de 8% que precisam desse tipo de assistência têm seu acesso de fato garantido (RODRIGUES, 2018). Atualmente o quantitativo de pacientes que demandam atendimento de cuidado paliativo é muito superior à oferta disponibilizada (RODRIGUES, 2018).

A prevalência de cuidados paliativos aumentou de forma constante na última década e, em 2013, 72,3% (1744) dos hospitais dos EUA com mais de 50 leitos relataram programas de cuidados paliativos (MUN et al., 2016). No entanto, o Reino Unido e Austrália configuram os países com melhor índice de qualidade de morte (RODRIGUES, 2018).

De acordo com a organização não governamental internacional (*Worldwide Hospice Palliative Care Alliance*), que faz pesquisa sobre o desenvolvimento de cuidados paliativos e *hospices* no mundo, em 2018, apenas em 20 países os cuidados paliativos eram bem integrados ao sistema de saúde, e o Brasil não está entre esses países (RODRIGUES, 2018).

Segundo a ANCP através de um levantamento feito em 2017, no Brasil existem aproximadamente 150 equipes especializadas em cuidados paliativos, o que se trata de uma quantidade surpreendentemente pequena, quando comparado ao número de mais de 5 mil hospitais existente no país, a metade deles tendo mais de 50 leitos (RODRIGUES, 2018). Os pacientes sem perspectiva de cura, concentra-se nos hospitais, recebendo assistência muitas vezes inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia (ANCP, 2012, p. 23).

Diferente de outros tipos de tratamentos, o cuidado paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se usa o conceito terminalidade dentro desse campo, mas em doença que ameaça a vida, também não é falado em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta

maneira afasta a ideia de “não ter mais nada a fazer”, porque cuidados paliativos significa que existe muito o que fazer pelo paciente (ANCP, 2012, p.26).

A reabilitação, com o objetivo de maximizar a independência, também é essencial para o bom atendimento e faz parte dos princípios dos cuidados paliativos com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e influenciar beneficentemente no curso da doença. À medida que a doença progride, a continuidade dos cuidados torna-se cada vez mais importante. Os cuidados paliativos são parte integrante do cuidado de todos os pacientes: não equivalem a cuidados no final da vida (ANCP, 2012, p.28).

Para os cuidados paliativos é fundamental uma equipe interdisciplinar (NOREIKA; COYNE, 2015). Esses cuidados são prestados mais efetivamente por uma equipe composta geralmente por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, capelães, de acordo com a necessidade do paciente (SBGG, 2015, p. 15).

As equipes de cuidados paliativos têm maior efetividade para avaliar e gerenciar sintomas e o sofrimento desses pacientes podendo colaborar com intensivistas, a partir da revisão da prestação de cuidados de saúde, reformulando cuidados continuados em UTI de alta intensidade e tratamentos complexos crônicos, otimizando a continuidade do atendimento; e para ajudar os pacientes, familiares e equipe da UTI na reformulação dos objetivos do cuidado (SCHULZ; NOVICK, 2013). Hoje, a presença de um serviço de cuidados paliativos é elemento para acreditação adotado como necessário pela *American College of Surgeons Commission on Cancer* e utilizada para a escolha dos melhores centros médicos nos Estados Unidos (COELHO; YANKASKAS, 2017).

Uma equipe que aplica cuidados paliativos usa a comunicação sinérgica e interdependente de pessoas de várias disciplinas para atingir um objetivo comum (NOREIKA; COYNE, 2015). É muito importante que cada um de seus integrantes tenha domínio suficiente da sua área de conhecimento e, além disso, saiba trabalhar com os outros profissionais das diferentes especialidades (ANCP, 2012, p.333).

O cuidado paliativo se apoia na visão da ortotanásia, que se define pela morte em seu tempo natural, com intuito de garantir a dignidade do indivíduo e promover o seu bem-estar, com a finalidade maior de produzir uma “boa morte” (SILVA, 2012). A ortotanásia é uma conduta que vem se firmando cada vez mais, sendo permitida em

diversos países, por se tratar de uma possibilidade ética diante do sofrimento que antecede a morte irremediável (SANTOS et al, 2016).

No Brasil, a ortotanásia, de maneira implícita é amparada através de princípios jurídicos, consubstanciados em princípios éticos e morais, porém, por não ter legislação específica, causa uma insegurança jurídica e, com isso, ocasiona a permanência da prática da distanásia (SANTOS et al, 2016).

Segundo Alves et al. (2009), a distanásia apesar de ser muito praticada no campo de saúde, é um termo pouco conhecido que pertence ao campo da Bioética. E é traduzido segundo Dicionário de Bioética, como "morte difícil ou penosa, usada para indicar o prolongamento do processo da morte, através de tratamento que apenas prolonga a vida biológica do paciente. Ela é sem qualidade de vida e sem dignidade. Também pode ser chamada Obstinação Terapêutica".

Os princípios de cuidados paliativos incluem o controle de dor crônica e de outros sintomas para aqueles com doenças que ameaçam a vida ou limitam a vida, reconhecendo as preocupações e desejos expressos dos pacientes e familiares e atendendo às necessidades psicológicas, sociais e espirituais. Isso deve ser complementado com a continuidade dos cuidados e o reconhecimento de tratamentos fúteis (SCHULZ; NOVICK, 2013). Esses cuidados têm de diminuir o fardo da doença, garantindo o controle adequado da dor, o manejo de outros desconfortos, apoio social e psicológico ao paciente e as famílias (HARTEJES, 2015).

No entanto, o suporte tecnológico e suas crescentes evoluções dentro das UTI, tem aumentado a capacidade da ciência de prolongar a vida, substituindo funções vitais do paciente por tecnologia, acrescentando valor à prática médica, mas alterou a maneira como a doença e a morte são entendidas (MAINGUÉ et al., 2020). Segundo a revista *Critical Care Medicine* (2006), os profissionais da saúde da UTI se sentem frustrados e impotentes diante de situações de terminalidade e têm dificuldade de perceberem quando não se atua mais com o objetivo de cura para o paciente (RODRIGUES, 2018). Trata-se da "obstinação terapêutica", caracterizada pela adoção de práticas não recomendadas no lugar de ações paliativas (MAINGUÉ et al., 2020).

Além disso, nota-se a insuficiência da abordagem de paliativismo, morte e escassez nesse meio acadêmico, dando aos futuros profissionais pouco conhecimento sobre o processo natural de morte do ser humano (RODRIGUES, 2018). O ideal seria proporcionar a esses pacientes condições para uma morte sem

dor e sofrimento, com um cuidado sensível que se estendesse aos familiares do enfermo (MAINGUÉ, et al., 2020).

Outros problemas que envolvem princípios éticos-legais e se tornam um obstáculo na decisão de palição dentro de UTI, são as expectativas não realistas por parte dos pacientes e seus familiares sobre o prognóstico ou a eficácia do tratamento na UTI, falta de oportunidades para conversa sobre a forma como eles desejam receber os cuidados no final da vida, e também a incapacidade dos pacientes de participar das discussões sobre seu tratamento (RODRIGUES, 2018).

Segundo Siqueira, citado pela ANCP (2012, p. 25), “a ética médica tradicional concebida no modelo hipocrático tem um forte acento paternalista... Somente na década de 1960, os códigos de ética profissional passaram a reconhecer o enfermo como agente autônomo”.

Os cuidados paliativos possibilitam que o paciente tome suas próprias decisões no princípio da beneficência e da não maleficência, baseados ainda no princípio bioético da autonomia do paciente através do consentimento informado (ANCP, 2012, p. 26). A diretiva antecipada de vontade (resolução 1.995/2012 do CFM) é um documento legal e ético que permite aos profissionais de saúde respeitar a vontade de uma determinada pessoa, com isso, permite que a pessoa faça suas próprias escolhas com relação a futuros tratamentos, como aceitar ou recusar um tratamento, caso se encontre incapacitado de comunicar-se ou expressar sua vontade (COELHO; YANKASKAS, 2017). Segundo Burchardi (2014), um estudo transversal de Sommer et al (2012), em 11 instituições para idosos, eles descobriram que apenas 11% dos internos tinham uma diretiva antecipada e apenas 1,4% tinham uma diretiva representativa.

Há evidências que comprovam os benefícios da identificação precoce dos objetivos de cuidados alinhados com as preferências do paciente e a importância dos cuidados de fim de vida na UTI (MUN et al., 2016). A indicação de cuidados paliativos é para todos os pacientes (e familiares) com doença ameaçadora da continuidade da vida por qualquer diagnóstico, com qualquer prognóstico, para qualquer idade, e a qualquer momento da doença em que eles tenham expectativas ou necessidades não atendidas (SBGG, 2015, p. 15). Apesar de vários elementos dos cuidados paliativos já serem realizados no âmbito dos serviços de cuidados intensivos por médicos e enfermeiras, muitos dos princípios primordiais permanecem mal compreendidos. Além

disso, habitualmente falta envolvimento da equipe de enfermagem nas discussões cruciais sobre cuidados paliativos (MUN et al., 2016).

Em uma população geral de UTI, até 1 em 7 pacientes atende aos critérios para consulta de cuidados paliativos conforme determinado pela ferramenta de triagem do Projeto Integrando Cuidados Paliativos Multidisciplinares (IMPACT) para necessidades de cuidados paliativos não atendidas. Esse número aumentou para 1 em cada 5 pacientes quando várias ferramentas de triagem foram usadas juntas; com base na carga de sintomas basais entre pacientes frágeis, espera-se que uma parcela maior de pacientes com fragilidade em UTI atendessem a esses critérios (CROOMS et al, 2020). Muitos pacientes de UTI, quase que por padrão, preenchem os critérios para uma consulta de cuidados paliativos, apenas devido à natureza do diagnóstico de admissão (MUN et al., 2016). Segundo a Organização Mundial da Saúde, apenas 14% dos pacientes em todo o mundo que necessitam de cuidados paliativos recebem este tipo de atenção, muitos deles são tratados na UTI (COELHO; YANKASKAS, 2017).

A avaliação funcional em Cuidados Paliativos é fundamental para a vigilância da curva evolutiva da doença e se constitui em elemento valioso na tomada de decisões, na previsão de prognóstico e no diagnóstico da terminalidade (ANCP, 2009). Existem algumas escalas de avaliação funcional que podem ser usadas em Cuidados Paliativos (ANCP, 2012, p.33).

O PPS (Escala de Desempenho Paliativo – ANEXO A) é uma ferramenta confiável e válida que tem sido amplamente usada para determinar a elegibilidade e orientar o tratamento de pacientes candidatos a cuidados paliativos, que pode ser acessível por todos os membros da equipe interdisciplinar, por se tratar de uma ferramenta facilmente ensinada e simples de usar, possui 5 divisões de avaliação e leva um tempo mínimo de conclusão (JENKO et al, 2015). Ela tem sido utilizada nas decisões de Cuidados Paliativos, onde parece identificar algum valor prognóstico quando adjunta de sintomas como o edema, delirium, dispneia e déficit na ingestão alimentar (ANCP, 2012, p.33).

A PPS para ser efetivada, deve ser aplicada todos os dias para pacientes internados, em todas as consultas ambulatoriais e visitas domiciliares (ANCP, 2009). Ela varia de 100%, que significa máxima atividade funcional, até 0% onde indica a morte, sendo avaliado cuidados paliativos se o paciente apresenta escore menor do que 40%, porém para melhor compreensão da evolução da doença em pacientes

internados, deverá ser realizado um gráfico diário com os registros da PPS (SBGG, 2015, p. 15).

Fedel et al (2014), citado por Jenko et al (2015) usou o PPS em um projeto de pré-teste / pós-teste em uma unidade de tratamento intensivo (não UTI) de um hospital terciário para examinar 3 questões: (a) o impacto da educação no conhecimento dos enfermeiros sobre cuidados paliativos, (b) o nível de conforto dos enfermeiros ao abordar questões de cuidados paliativos, e (c) o nível de conforto dos enfermeiros que solicitam uma consulta de cuidados paliativos. Embora o estudo tenha sido insuficiente, as descobertas sugerem que o uso do PPS melhorou o conhecimento dos enfermeiros sobre as questões de cuidados paliativos e seu conforto na identificação da necessidade de cuidados paliativos.

Apesar de colaborar para o critério de definição de cuidados paliativos, a capacidade funcional do paciente não é soberana, já que esta pode estar diretamente relacionada a uma condição de sofrimento intensa, não avaliada ou não tratada de forma adequada, prejudicando a avaliação, por isso não se pode dispensar a avaliação clínica, a supervisão da equipe multiprofissional e a história do paciente (RODRIGUES, 2018).

A NECPAL (Escala de Necessidades Paliativas - ANEXO B), trata-se de um instrumento que auxilia na definição de cuidados paliativos de maneira mais ampla, com a análise de parâmetros clínicos, como o declínio funcional e nutricional a presença de comorbidades e de síndromes e condições geriátricas (ORZECOWSKI et al., 2019).

O primeiro parâmetro da ferramenta NECPAL é a pergunta surpresa (PS), feita ao médico: "Você ficaria surpreso se o paciente morresse nos próximos 12 meses?". Os pacientes para quem a resposta é "não" são considerados PS+. Também inclui avaliação de parâmetros clínicos como declínios nutricionais, funcionalidades, fragilidades, estresses e comorbidades (ORZECOWSKI et al., 2019). Síndromes e condições geriátricas que incluem: necessidades de demanda de cuidado; indicadores clínicos gerais de gravidade e progressão de patologia crônica (oncológica, pulmonar, cardiológica, hepática, neurovascular, neurocrônica, demência ou neurológica), a PS+ mais os itens 2 e/ou 3, 4+ é igual NECPAL positivo (SANTANA et al., 2020).

Outra ferramenta possível é a avaliação de capacidade para Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), onde se é recomendado cuidados paliativos através da avaliação de dependência em algumas atividades. As principais dependências

funcionais nessa avaliação são: incontinências urinária e fecal; alimentação por tubos enterais ou incapacidade de alimentar-se/hidratar-se sem auxílio; imobilização permanente em leito ou poltrona (RODRIGUES, 2018).

Um dos critérios mais discutidos é o que se refere ao prognóstico de tempo de vida do paciente. O limite designado em seis meses de expectativa de vida poderia ser utilizado para indicação de Cuidados Paliativos exclusivos, uma vez que este critério foi importado do MEDICARE americano, que estabelece o tempo de sobrevivência esperado como um dos critérios de indicação para assistência de HOSPICE. São os critérios do MEDICARE: 1. A expectativa de vida avaliada é menor ou igual a seis meses; 2. O paciente deve fazer a opção por Cuidados Paliativos exclusivos e abrir mão dos tratamentos de prolongamento da vida; 3. O paciente deve ser beneficiário do MEDICARE (ANCP, 2012, p. 57-58).

Algumas situações encontradas em UTI que auxiliam a identificar pacientes que teriam benefício em receber atenção de cuidados paliativos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009, p. 29): pacientes provenientes de instituição de longa permanência; portadores de uma ou mais condições crônicas limitantes, por exemplo, demência; duas ou mais internações na UTI em uma mesma hospitalização; longo tempo em ventilação mecânica ou falha na tentativa de desmame, ou candidato à retirada de suporte ventilatório com possibilidade de óbito; falência de múltiplos órgãos; câncer metastático; encefalopatia anóxica; sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões (RODRIGUES, 2018).

Entre os critérios de indicação para cuidados paliativos, há múltiplos fatores na decisão médica, porém, é imprescindível que a equipe multiprofissional esteja envolvida e discuta com a equipe médica sobre a história e a avaliação criteriosa de todos os pontos de saúde do paciente (RODRIGUES, 2018). Nessas situações, médicos, enfermeiras e familiares devem trabalhar juntos para a decisão mais consensual. Em uma unidade de terapia intensiva (UTI), os familiares não são mais simples visitantes: eles desempenham papéis ativos tanto à beira do leito do paciente quanto com a equipe, criando uma interação complexa e inédita (KENTISH-BARNES, et al., 2018).

Apesar da definição ampliada de quem deve ser incluído ao considerar os cuidados paliativos e o número de programas em crescimento nos Estados Unidos, os locais de cuidados intensivos têm demorado a implementar os cuidados paliativos nesse país. Isso se deve em parte à natureza curativa e agressiva do atendimento

dentro da UTI e dos departamentos de emergência, que recebem aproximadamente 130 milhões de visitas por ano. Daqueles internados na UTI, mais de um quarto de milhão não sobreviveu à alta. Esses dados indicam que os cuidados paliativos podem beneficiar um grande número de pacientes em UTI e serviços de emergência e devem ser padrão em um ambiente hospitalar (HARTEJES, 2015).

Os cuidados paliativos são cada vez mais aceitos como um componente essencial do cuidado integral para pacientes criticamente enfermos. No entanto, o número de consultas gerado pela maioria da população da UTI, pode não ser aplicável tendo em vista o número menor de equipes de cuidados paliativos (MUN et al., 2016).

Hoje, existe para alguns intensivistas uma grande preocupação de fornecer suporte e cuidados adequados aos pacientes em final de vida e seus familiares, com uma taxa de mortalidade de 20%, tornou-se uma responsabilidade diária. Entre essas mortes, mais de 60% seguem a decisão de limitar e suspender o tratamento (KENTISH-BARNES et al., 2018). As ferramentas de triagem levam em consideração fatores como tempo de internação, idade, condições de comorbidade e gravidade da admissão do diagnóstico e têm como objetivo identificar os pacientes com maior risco de morbidade e mortalidade, sinalizando que uma discussão mais precoce dos objetivos do cuidado (CROOMS et al, 2020).

A equipe multidisciplinar da UTI deve reavaliar continuamente o quadro clínico do paciente, redefinindo os objetivos do tratamento e considerando a assistência paliativa, principalmente quando há limitações da terapêutica modificadora da doença. Quando a enfermidade se encontra em fase avançada, com sinais de que a morte está próxima, define-se essa fase como a de “cuidados de fim de vida”. Nesses casos, a postergação do óbito com recursos tecnológicos geraria elevados prejuízos psicológicos, sociais e financeiros para todas as partes envolvidas (MAINGUÉ et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado nos estudos analisados, é indiscutível como os pacientes sem perspectiva de cura podem se beneficiar com os cuidados paliativos, sem exceção para UTI, porém esse tipo de assistência exige treinamento e qualificação para ser corretamente aplicada, sendo imprescindível uma equipe

multiprofissional engajada ao trabalho em equipe, com conhecimento por parte de cada profissional de como atuar nesse âmbito. No entanto, ainda não existe qualificação necessária dos profissionais para tal atuação, além de não existir equipes de cuidados paliativos suficiente para a demanda em todo mundo, sem exceção do Brasil.

Porém se faz necessário que se consiga trabalhar com o que está disponível, garantindo acima de tudo que os cuidados paliativos sejam aplicados embasados nos seus princípios, um deles é não maleficência, sem aumentar o sofrimento, e sem tornar o processo de morte doloroso e sem dignidade.

Ressalta-se a importância da plena comunicação entre a equipe multiprofissional através de discussões sobre as delimitações de tratamentos desnecessários e necessários, a utilização de protocolos e avaliações que qualifiquem a equipe reconhecer o limite. O conhecimento e a avaliação física e psíquica do paciente são essenciais, sendo recomendável o uso de instrumentos que facilitem o reconhecimento da necessidade de aplicação de cuidados paliativos, o que facilitaria também, no planejamento de final de vida. Diante disso, se faz necessário estudos que produzam essas ferramentas com melhor aplicabilidade dentro da UTI, com objetivo específico para essa área. Ou que as ferramentas já existentes sejam usadas juntas e em conformidade, com reavaliação do quadro diariamente para que afaste a hipótese de adiar ou adiantar a definição de cuidados paliativos. Já que por exemplo, um paciente com carcinoma de esôfago dentro da UTI, com impossibilidade de se alimentar, sem tratar essa condição, teria uma PPS alterada em pelo menos dois itens de avaliação. Por isso é necessária uma avaliação ampla.

Por fim, a identificação precoce do paciente paliativo é de grande importância para ele, família e até para equipe, assim como a definição entre a equipe de um plano de cuidado para esse paciente para que todos tenham objetivos em comum, a fim de que a equipe multiprofissional possa agir em conjunto na prevenção de tratamentos desnecessários, dando prioridade ao manejo de desconfortos físicos, psíquicos e sociais do paciente.

REFERÊNCIAS

ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos**. Brasil, 2012. Disponível em <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2020

BARROS, N.C.B. et al. Cuidados Paliativos na UTI: Compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Rev. Enferm UFSM**. Rio Grande do Sul 2012 Set/Dez. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5857>>. Acesso em 30 de mar. 2020.

BRASIL. **Diário Oficial da União**. Brasil, 2018. Disponível em <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>>. Acesso em 21 mar. 2020

BRASIL. **Resolução CFM**. Brasil, 2012. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em 22 de mar. 2020

BRASIL. **Resolução CFM**. Brasil, 2006. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em 22 de mar. 2020

BRASIL. **Vamos falar de Cuidados Paliativos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)**. Brasil, 2015. Disponível em <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>>. Acesso em 25 mar. 2020

BURCHARDI, H. Intensiv- und Palliativmedizin: Von der akademischen Distanz zur fürsorglichen Zuwendung. **Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin**, v. 109, n. 1, p. 34–40, 2014. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24384728>>. Acesso em 02 jan. 2021.

COELHO, Cristina Bueno Terzi, YANKASKAS, James R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva** vol.29 n.2 São Paulo Apr./June 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000200222>. Acesso em 26 de mar. De 2020

CROOMS, R. C.; GELFMAN, L. P. Palliative Care and End-of-Life Considerations for the Frail Patient. **Anesthesia and Analgesia**, p. 1504–1515, 2020. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-32384340>>. Acesso em 02 jan. 2021.

HARTJES, T. M. Making the Case for Palliative Care in Critical CareCritical Care Nursing. **Clinics of North America**. B. Saunders, 1 set. 2015. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26333751>>. Acesso em 02 jan. 2021.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** vol.18 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013000900012&script=sci_arttext>. Acesso em 20 mar. 2020

JENKO, M. et al. Facilitating palliative care referrals in the intensive care unit: A pilot project. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 34, n. 6, p. 329–339, 2015. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26436297>>. Acesso em 02 jan. 2021.

KENTISH-BARNES, N.; CHEVRET, S.; AZOULAY, E. Guiding intensive care physicians' communication and behavior towards bereaved relatives: Study protocol for a cluster randomized controlled trial (**COSMIC-EOL**). **Trials**, v. 19, n. 1, 22 dez. 2018. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30577862>>. Acesso em 02 jan. 2021.

LIMA, Anabel Saboia de Souza; NOGUEIRA, Graziela Sousa; WERNECK-LEITE, Cibele Dayana de Souza. Cuidados paliativos em terapia intensiva: a ótica da equipe multiprofissional. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 91-106, jun. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100006&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em 28 mar. 2020

MENEZES, Milene Barcellos; SELLI, Lucilda; ALVES, Joseane de Souza. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.17 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000400002&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em 25 de mar. de 2020

MUN, E. et al. Palliative Care Processes Embedded in the ICU Workflow May Reserve Palliative Care Teams for Refractory Cases. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 35, n. 1, p. 60–65, 1 jan. 2018. <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909116684821>>. Acesso em 02 jan. 2021.

NOREIKA, D. M.; COYNE, P. J. Implementing Palliative Care Interdisciplinary Teams: Consultative Versus Integrative Models. **Critical Care Nursing Clinics of North America** W.B. Saunders, 1 set. 2015. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26333752>>. Acesso em 02 jan. 2021.

ORZECOWSKI, R. et al. Palliative care need in patients with advanced heart failure hospitalized in a tertiary hospital. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 53, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/eins/v18/pt_2317-6385-eins-18-eAO5539.pdf>. Acesso em 15 jan. 2021. ARTIGO ORIGINAL. 2020.

RODRIGUES, T.L.V. et al. CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**. Campina Grande, Paraíba, 2018. Disponível em

< https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA4_ID758_15052017235149.pdf>. Acesso em 20 de mar. de 2020

SANTANA, M. T. E. A. et al. Adaptação transcultural e validação semântica de instrumento para identificação de necessidades paliativas em língua portuguesa. **einstein** (São Paulo), 2020. Disponível em < https://www.scielo.br/pdf/eins/v18/pt_2317-6385-eins-18-eAO5539.pdf>. Acesso em 02 jan. 2021.

SANTOS, F. P. P. G. DOS et al. Ortotanásia e distanásia: percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva. **Ciênc. cuid. saúde**, p. 288–296, 2016. <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-974834>>. Acesso em 02 jan. 2021.

SILVA, Ceci Figueredo; SOUZA, Dalila Melo; PEDREIRA, Larissa Chaves; SANTOS Manuela Ribeiro; FAUSTINO Tássia Nery. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Salvador – BA, 2012. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n9/2597-2604/es/>>. Acesso em 26 de mar. de 2020

ANEXO A – ESCALA DE DESEMPENHO PALIATIVO (PPS)

Escala de performance paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

(Fonte: Victoria Hospice Society. J Pall Care. Tradução livre de Maria Goretti Maciel/Ricardo Tavares de Carvalho (ANCP, 2012, p.33-34)).

ANEXO B – ESCALA DE NECESSIDADES PALIATIVAS (NECPAL)

Pergunta	Sim ou Não
1. Pergunta-Surpresa (PS)*	
Você se surpreenderia se este paciente morresse nos próximos 12 meses?	
2. Solicitação ou necessidade de cuidados solicitadas	
a) paciente ou cuidador principal solicitaram cuidados paliativos exclusivos ou medidas de conforto ou solicitaram limitação de esforço terapêutico?	
b) indicação pelo médico do paciente de necessidade de cuidados paliativos neste momento?	
3. Indicadores clínicos gerais de severidade e progressão	
marcadores nutricionais:	
a) albumina sérica < 2,5 mg/dl, não relacionada com descompensação aguda	
b) perda de peso > 10%	
c) impressão de perda nutricional severa, progressiva, irreversível, não relacionada a processo intercorrente	
marcadores funcionais:	
a) severa dependência funcional grave; Barthel < 25, ECOG > 2, Karnofsky < 50%	
b) perda de duas ou mais atividades da rotina diária, mesmo com intervenção terapêutica adequada	
impressão de deterioração funcional intensa e irreversível	
outros marcadores de fragilidade e severidade nos últimos 6 meses (pelo menos dois):	
a) úlcera decúbito III ou IV	
b) infecção com repercussão sistêmica de repetição (>1)	
c) síndrome confusional aguda	
d) disfagia persistente	
e) quedas > 2	
presença de estresse emocional com sintomas progressivos e irreversíveis.	
fatores adicionais de uso de serviço de saúde:	
a) dois ou mais ingressos em urgência ou eletivo por enfermidade crônica	
b) necessidade de cuidados completos/intensos em domicílio ou instituição	
Comorbidades > 2 patologias	
4. Indicadores clínicos de severidade e progressiva patologia	
neoplasia (um único critério)	
a) diagnóstico de câncer metastático, contra-indicação de tratamento específico, acomete órgãos vitais como pulmão, fígado, sistema nervoso central	
b) deterioração funcional significativa PPS < 50%	
c) sintomas persistentes mal controlados, apesar tratamento otimizado	
doença pulmonar obstrutiva crônica (dois ou mais critérios):	
a) dispnéia em repouso ou nos mínimos esforços fora exacerbação	
b) sintomas físicos e psicológicos de difícil manejo	
c) critérios obstrução severa FEV1 < 30% CVF < 40%	
doença pulmonar obstrutiva crônica (dois ou mais critérios):	
a) dispnéia em repouso ou nos mínimos esforços fora exacerbação	
b) sintomas físicos e psicológicos de difícil manejo	
c) critérios obstrução severa FEV1 < 30% CVF < 40%	
d) indicação de oxigenioterapia domiciliar por critérios de gasometria	
e) falência cardíaca associada	
f) internações hospitalares > 3 em 12 meses por DPOC	
doença cardíaca crônica (dois ou critérios):	
a) ICC classe III ou IV, insuficiência valvar e enfermidade coronariana crônica	
b) dispnéia ou angina em repouso	
c) sintomas físicos e psicológicos de difícil tratamento	
d) se ecografia: fração de ejeção < 30% ou hipertensão pulmonar severa > 60 mmHG	
e) falência renal: taxa de filtração glomerular < 30 L/min	
f) internação hospitalar ou emergência > 3 no último ano	
doença neurológica crônica (arterial ou venosa, um único critério)	
a) fase subaguda < 3 meses; estado vegetativo > 3 dias	
b) fase crônica > 3 meses; pneumonia de repetição, pielonefrite > 1, febre persistente > 1 semana, úlcera por pressão, grau III ou IV.	
doença neurológica crônica: esclerose lateral amiotrófica e doenças do neurônio motor, doença de Parkinson, esclerose múltipla (dois ou mais critérios)	
a) deterioração física	
b) sintomas complexos e de difícil controle	
c) dificuldade para comunicar-se	
d) disfagia progressiva	
e) pneumonia de repetição	
enfermidade hepática crônica (um único critério)	
a) cirrose avançada: CHILD C, MELD-Na > 30 HDA com mais uma das seguintes complicações: ascite resistente à diuréticos, síndrome hepatorenal ou hipertensão porta com sangramento digestivo persistente, sem resposta ao tratamento medicamentoso ou endoscópico	
b) carcinoma hepatocelular estágio C ou D	
insuficiência renal crônica: taxa de filtração glomerular < 15 sem indicação de tratamento substitutivo ou transplante	
demência (dois ou mais critérios)	
a) critérios de severidade: incapacidade de vestir-se, tomar banho e alimentar-se sem assistência, incontinência urinária e fecal ou incapacidade de comunicar-se de forma inteligível	
b) perda de mais de 2 atividades diárias nos últimos meses, dificuldade de engolir, negativa de alimentar-se	
c) > 3 reinternações ou procura de serviço de emergência nos últimos 12 meses	

(Fonte: Adaptado de Batiste XG, et al., 2017, citado por ORZECOWSKI et al., 2019.)

