

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde
Mestrado *stricto sensu* na área de Epidemiologia Geral

*Título: Cuidados Paliativos como modalidade terapêutica para
idosos portadores de doenças Crônico-degenerativas admitidos
em Unidade de Terapia Intensiva.*

ANELISE COELHO DA FONSECA

Orientadora: Maria de Jesus Mendes da Fonseca

DEZEMBRO DE 2010

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP– da Fundação Oswaldo Cruz com vista à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública na sub-área de Epidemiologia Geral.

Ao Meu Filho e ao Meu Pai
Aos pacientes

Frases do Caminho

“Aprendi que a coragem não é a ausência do medo, mas o triunfo sobre ele. O homem corajoso não é aquele que não sente medo, mas o que conquista esse medo.”

Mandela

“ Não é sobre fazer grandes coisas e sim sobre fazer pequenas coisas com muito amor”

Madre Tereza

“Seja qual for o Deus, Eu Sou o Mestre do Meu Destino e o Capitão da Minha Alma.”

Mandela

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Não importam quais sejam os obstáculos e as dificuldades. Se estamos possuídos de uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

Buda

“É melhor tentar e falhar, que se preocupar e ver a vida passar.

É melhor tentar ainda que em vão, do que se sentar fazendo nada até o final.

Eu prefiro na chuva caminhar, do que em dias frios em casa me esconder.

Prefiro ser feliz, embora louco, para que em conformidade viver”

M. L. King.

“A escolha é possível, em certo sentido, porém o que não é possível é não escolher. Eu posso sempre escolher, mas devo estar ciente de que, se não escolher, assim mesmo estarei escolhendo.”

Jean-Paul Sartre

Agradecimentos

Período de muita luta, muito suor, algumas lágrimas, muitas madrugadas.

Dias de muita pressa, dias de sono, momentos de angústia, de cólera, de perdas...

Nada se apaga o que muitas pessoas representaram ao longo desta Jornada.

Em especial durante estes dois anos:

No trabalho:

Na UNIMED: Neiliana Marino; Nos hospitais: Rosilene, Rosane e Rosália.

Na ENSP: Dennis, Pedro, Lidiane, Robson e Miguel – amigos de todas as horas.

Walter Mendes – na dúvida, conversa obrigatória.

Maria de Jesus – minha “Dona”, uma conquista diária, aprendizado e muita troca.

Sueli Rozenfeld – Dicas importantes. Uma nova amizade promissora

Carinho mais do que especial para o Cosme. Eu devo muito a Você.

No HAS: Enfa Simone, Ronnie e Ailton. Obrigada pelos plantões divertidos.

No SEQUOIA: Sandra, Euzébio e a equipe de profissionais.

Referências na palição: Ligia Py, Claudia Burlá, Daniel Azevedo.

Rosalina: A eterna busca pelo Equilíbrio.

Ângelo Cister: Um curioso da palição.

Mais do que Amigos do meu Coração:

Célia Leitão, João Luiz Costa.

Minha Família:

Mãe, Irmãos, Bel e especialmente Meu Pai e Meu Bernardo.

“Eu queria ser a filha perfeita,

Eu queria ter o pai perfeito,

Eu queria ter o filho perfeito,

Eu queria ser a mãe perfeita.

Nada disso tenho. Nada disso sou.

O que tenho são seres humanos, com suas qualidades e defeitos,

Suas vontades, seus desejos. O que eu mais tenho é o Respeito.

A compreensão das escolhas que faço. O respeito pelo que somos e construímos no dia-dia: a cada encontro, a cada desentendimento, a cada reconciliação.”

O Meu eterno amor

Anelise Fonseca

SUMÁRIO EXECUTIVO

Resumo	1
Abstract	2
Capítulo 1	
I. Introdução	4
II. Justificativa	15
Capítulo 2	
III. Objetivo principal	18
IV. Objetivos específicos	18
Capítulo 3	
VI. Artigos	
VI.1 Primeiro artigo: Os Cuidados Paliativos aplicados em idosos portadores de DCNT internados na UTI: uma Revisão Sistemática.	20
VI.2 Segundo artigo: Como os cuidados paliativos podem ser aplicados em idosos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva	53
VI.3 Terceiro artigo: Cuidados paliativos: uma proposta de assistência ao idoso portador de doenças crônicas não-transmissíveis;	78
Capítulo 4	
VII. Considerações finais	99
Capítulo 5	
VIII. Bibliografia	104
XI. Anexo	109

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde
Mestrado *stricto sensu* na área de Epidemiologia Geral

*Título: Cuidados Paliativos como modalidade terapêutica para
idosos portadores de doenças Crônico-degenerativas admitidos
em Unidade de Terapia Intensiva.*

ANELISE COELHO DA FONSECA

Orientadora: Maria de Jesus Mendes da Fonseca

DEZEMBRO DE 2010

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP– da Fundação Oswaldo Cruz com vista à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública na sub-área de Epidemiologia Geral.

Ao Meu Filho e ao Meu Pai
Aos pacientes

Frases do Caminho

“Aprendi que a coragem não é a ausência do medo, mas o triunfo sobre ele. O homem corajoso não é aquele que não sente medo, mas o que conquista esse medo.”

Mandela

“ Não é sobre fazer grandes coisas e sim sobre fazer pequenas coisas com muito amor”

Madre Tereza

“Seja qual for o Deus, Eu Sou o Mestre do Meu Destino e o Capitão da Minha Alma.”

Mandela

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Não importam quais sejam os obstáculos e as dificuldades. Se estamos possuídos de uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

Buda

“É melhor tentar e falhar, que se preocupar e ver a vida passar.

É melhor tentar ainda que em vão, do que se sentar fazendo nada até o final.

Eu prefiro na chuva caminhar, do que em dias frios em casa me esconder.

Prefiro ser feliz, embora louco, para que em conformidade viver”

M. L. King.

“A escolha é possível, em certo sentido, porém o que não é possível é não escolher. Eu posso sempre escolher, mas devo estar ciente de que, se não escolher, assim mesmo estarei escolhendo.”

Jean-Paul Sartre

Agradecimentos

Período de muita luta, muito suor, algumas lágrimas, muitas madrugadas.

Dias de muita pressa, dias de sono, momentos de angústia, de cólera, de perdas...

Nada se apaga o que muitas pessoas representaram ao longo desta Jornada.

Em especial durante estes dois anos:

No trabalho:

Na UNIMED: Neiliana Marino; Nos hospitais: Rosilene, Rosane e Rosália.

Na ENSP: Dennis, Pedro, Lidiane, Robson e Miguel – amigos de todas as horas.

Walter Mendes – na dúvida, conversa obrigatória.

Maria de Jesus – minha “Dona”, uma conquista diária, aprendizado e muita troca.

Sueli Rozenfeld – Dicas importantes. Uma nova amizade promissora

Carinho mais do que especial para o Cosme. Eu devo muito a Você.

No HAS: Enfa Simone, Ronnie e Ailton. Obrigada pelos plantões divertidos.

No SEQUOIA: Sandra, Euzébio e a equipe de profissionais.

Referências na palição: Ligia Py, Claudia Burlá, Daniel Azevedo.

Rosalina: A eterna busca pelo Equilíbrio.

Ângelo Cister: Um curioso da palição.

Mais do que Amigos do meu Coração:

Célia Leitão, João Luiz Costa.

Minha Família:

Mãe, Irmãos, Bel e especialmente Meu Pai e Meu Bernardo.

“Eu queria ser a filha perfeita,

Eu queria ter o pai perfeito,

Eu queria ter o filho perfeito,

Eu queria ser a mãe perfeita.

Nada disso tenho. Nada disso sou.

O que tenho são seres humanos, com suas qualidades e defeitos,

Suas vontades, seus desejos. O que eu mais tenho é o Respeito.

A compreensão das escolhas que faço. O respeito pelo que somos e construímos no dia-dia: a cada encontro, a cada desentendimento, a cada reconciliação.”

O Meu eterno amor

Anelise Fonseca

SUMÁRIO EXECUTIVO

Resumo	1
Abstract	2
Capítulo 1	
I. Introdução	4
II. Justificativa	15
Capítulo 2	
III. Objetivo principal	18
IV. Objetivos específicos	18
Capítulo 3	
VI. Artigos	
VI.1 Primeiro artigo: Os Cuidados Paliativos aplicados em idosos portadores de DCNT internados na UTI: uma Revisão Sistemática.	20
VI.2 Segundo artigo: Como os cuidados paliativos podem ser aplicados em idosos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva	53
VI.3 Terceiro artigo: Cuidados paliativos: uma proposta de assistência ao idoso portador de doenças crônicas não-transmissíveis;	78
Capítulo 4	
VII. Considerações finais	99
Capítulo 5	
VIII. Bibliografia	104
XI. Anexo	109

RESUMO

Introdução: Os cuidados de idosos quando apresentam um quadro de desequilíbrio do seu estado de saúde na fase de terminalidade da vida merecem uma reflexão no que tange as condutas advindas deste momento. Um dos itens é a hospitalização e, por conseguinte, se houver risco iminente de morte, o direcionamento para a Unidade de Terapia Intensiva. Na UTI o paciente será alvo de diversas medidas de suporte, podendo inclusive ter sua fisiologia mantida através de dispositivos artificiais que estão relacionados a um desconforto constante. Assim, os CP devem estar inseridos neste contexto, pois seu foco é minimizar qualquer tipo de sofrimento através de intervenções específicas sob os cuidados de uma equipe capacitada. **Objetivo:** descrever o papel dos CP, como um conjunto de medidas específicas direcionados aos idosos portadores de doenças crônicas, internados nas UTI. **Método:** A dissertação foi desenvolvida a partir de três artigos. O primeiro artigos é uma Revisão Sistematizada sobre o tema em que foram identificados 48 artigos sobre CP e UTI, contudo, conforme os critérios de elegibilidade e exclusão restaram 28 publicações. Os dois últimos, teóricos, abordando os Cuidados Paliativos em idosos portadores de doenças crônicas sendo que no último, quando admitidos na UTI. Os artigos teóricos apontam que a capacitação técnica é a grande barreira atual em nosso país para a aplicação disseminada deste grupo de intervenções específicas a saúde dos idosos, em qualquer lugar onde ele esteja sendo acompanhado. **Conclusão:** O crescimento de publicações na área da palição e o interesse dos intensivistas pelo tema reforçam a necessidade de estudos que demonstrem a eficiência dos CP como um indicador de qualidade da UTI.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos, idosos, doenças Crônico-degenerativas, Unidade de Terapia Intensiva, Capacitação técnica.

ABSTRACT

Introduction: The aging is a fact that refers to several reflections. Elderly care Involves when presenting a descompensação frame of their State of health before the completion phase of life and decisions stemming from this moment. Another item is hospitalisation and therefore if there is imminent danger of death, targeting to the intensive care unit. For its primary purpose, the restoration of prerequisite for admission shall be the target of various support measures, including having your physiology maintained through artificial devices that are related to a constant discomfort. Thus, the CP can be inserted in this context of suffering, because their focus is to minimize any kind of suffering through the expertise of a team of professionals trained for this purpose. **Objective:** discuss the role of palliative care, as a set of measures or not, pharmacological and targeting elderly persons with chronic non-communicable diseases, interned in intensive care units. **Method:** This dissertation was developed from three articles. The first two, theorists, addressing palliative care in elderly persons with chronic diseases and the second, and these when admitted to the intensive care unit. Both articles suggest that technical training is the great barrier present in our country to the widespread application of this group of specific interventions to health of older people, anywhere where he is being monitored. The last article is a Systematic Review on the subject. In this article, we identified 48 articles, however, by limiting as the criteria of eligibility and exclusion remaining 28 publications. At the end we demonstrate growth of publications in the area of alleviation, the interest of intense care doctors by theme, and points out the need for more frequent debates on the issues and stimulus to studies which demonstrate the efficiency of CP in quality indicators of the unit.

Key-Words: Palliative Care, Elderly, Critical care, Chronic Disease,

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

I - INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP), cujo termo “paliativo” tem no latim sua origem, significa “manto” no sentido de proteger, amparar e podem ser considerados como cuidados de conforto. Esta palavra, conforto, ao ser detalhada, “*con-forto*”, observa-se uma forma peculiar de se compreender os CP, como um “cuidado forte” através de intervenções agressivas que gerem um alento ao ser humano que sofre¹. Podem ser considerados como parte integrante do que hoje é denominada visão humanizada da medicina, uma vez que seu objetivo é oferecer comodidade, aconchego e atenção a quem padece. É a tentativa de valorizar a existência deste enfermo que sofre enquanto ser humano e participante de uma sociedade, compartilhando o enfrentamento e, por fim, oferecer mais qualidade à vida que resiste.

A origem dos Cuidados Paliativos cujo termo cunhado em 1974 no Canadá, sendo início associado ao movimento que propulsionou o surgimento de um local, para cuidar de doentes, chamado *hospice*. Este local inicialmente considerado para o descanso de viajantes no século IV, com o passar do tempo, no século XIX, as ordens religiosas responsáveis por este lugar, principalmente na Irlanda e em Londres, modificaram seu objetivo, criando os asilos, um lugar específico para que os moribundos pobres pudessem morrer e onde eram oferecidos: comida, vestuário, abrigo, bem como assistência médica mínima. A origem do hospital moderno encontra-se neste momento, na Europa, com uma proposta de uma organização diferenciada daquela que a caridade cristã lhe imprimiu durante o período anterior e foi desenvolvido ao longo dos séculos XIII e XIX. Nesta época, as transformações econômicas e sociais alteraram o caráter destes asilos para uma inserção no formato hospitalar, como hospitais gerais na vida urbana.

Em meados do século XIX, o desenvolvimento da medicina, especificamente da teoria bacteriológica e a introdução da anestesia, contribuíram muito para alterar a imagem do hospital. Neste momento, ele deixa de ser um lugar aonde os pobres são alocados para morrer, transformando-se em um espaço onde os enfermos podem se curar e, um dos motivos para esta nova ordem, como um lugar para o cuidado de doentes, consiste na profissionalização da medicina².

Durante o século XX, concomitante aos avanços nas especialidades médicas, modificações ocorriam em diferentes âmbitos da medicina, como o desenvolvimento de exames complementares para diagnóstico, novos tratamentos farmacológicos, descobertas de novas técnicas de reabilitação da saúde e na forma de cuidar dos pacientes terminais. Os médicos direcionam o seu trabalho para a reabilitação e na cura das moléstias e é neste cenário que o evento Morte passa a acontecer, em maior número, nos hospitais, e interpretada com uma “falha” da prática médica. Nas décadas de 40-50, os aspectos médicos e sociais relacionados aos moribundos passaram a estar em evidência, principalmente quando o alívio da dor passa a ser prioridade, pois havia a percepção de que os enfermos não estavam sendo tratados corretamente. Inserido neste contexto, nesta mesma época, como um dos avanços terapêuticos, cita-se a regulação de drogas para o tratamento do câncer e uma delas é direcionada ao controle da dor, como a derivada do ópio ou opióide, cujo exemplo é a morfina. Na década de 60 muito já se falava a respeito do tratamento do paciente oncológico terminal e a questão farmacológica era prioridade para controle de dor³. Contudo, não era a única forma de oferecer conforto àqueles que padeciam já que permanecia a observação que os enfermos portadores de neoplasias ainda permaneciam sofrendo com as dores. Os Cuidados Paliativos surgem neste momento como práticas de intervenções dirigidas aos

enfermos terminais e o objetivo com seu emprego é cuidar de uma forma diferenciada esse perfil de pacientes.

Compreendem-se os CP como uma filosofia do cuidado, propagado mundialmente pelos princípios de Cecily Saunders, através de dois pilares centrais: o controle total da dor e de outros sintomas decorrentes a uma fase avançada de doenças incuráveis. Saunders procurou demonstrar a importância de uma abordagem multiprofissional para o sucesso do tratamento dirigido ao paciente com doença terminal. A oferta da atenção diária e contínua para este tipo especial de enfermos tinha como fim mantê-los conscientes e livres da dor, com seus sintomas controlados, e assim, garantindo dignidade em um momento de total fragilidade⁴. Esta abordagem abarcava questões físicas, mentais e espirituais do enfermo e de sua família^{5,6}. Outro fato que a faz expoente na área foi ter cunhado o termo “dor total”. Este conceito consiste em admitir que o sofrimento do ser humano não advém apenas dos danos físicos que possui, mas também pelas consequências emocionais, sociais e espirituais que a proximidade da morte pode proporcionar⁷. Outra personalidade de destaque no campo da palição é a médica psiquiatra Elizabeth Kubler-Ross. Na década de 70 Kubler-Ross sistematizou o processo de morrer ao escutar os moribundos aprendendo com eles a conhecer a psicologia e espiritualidade do processo do morrer. Ela descreveu cinco estágios pelos quais passa uma pessoa que está na iminência da morte. São eles: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação⁸. De uma forma resumida, a negação pode ser compreendida com uma defesa ao “não acreditar” nas evidências apresentadas pela equipe de saúde. Na raiva, fase seguinte, surgem sentimentos como revolta e até mesmo ressentimento. Na barganha surgem as promessas por um prolongamento da vida ou ausência de sofrimento físico. A depressão pode evidenciar uma descrença, as dificuldades do tratamento e a hospitalização prolongada, perpetuando a tristeza que,

aliada a outros sentimentos, potencializam a depressão. A aceitação é aquela em que o paciente entende e aceita sua condição. Estas 5 fases não estão presentes obrigatoriamente e quando sim, a ordem cronológica poderá estar modificada. De qualquer forma, os CP poderão ser aplicados de acordo com a demanda do paciente, independente da idade do enfermo e do estágio que o mesmo se encontre.

Algumas medidas práticas fundamentais são: a analgesia, a prevenção e o tratamento de condições que causam desconforto extremo, como disfagia, úlceras de pressão, *delirium*, broncoaspiração, constipação, náusea, imobilidade e dores ósseas; concomitante, intervenções de apoio psicológico, de suporte adjuvante no conforto físico como a fisioterapia, de auxílio religioso e espiritual, com a participação inclusive do voluntariado. O objetivo deste manejo terapêutico é oferecer alívio, amenizando sensações desagradáveis que possam surgir com a proximidade da morte ou em uma agudização do paciente devem ser iniciadas tão logo se faça o diagnóstico de uma doença crônica, progressiva e incapacitante para que haja a oportunidade de informar, refletir e antecipar o paciente e seus familiares quanto à evolução da enfermidade. Ao pensar nos CP como modelo de atenção e cuidado à saúde, um grupo de pessoas que poderia se beneficiar seria o dos idosos.

As mudanças ao longo da vida interferem na dinâmica estrutural do organismo e acarretam graus variados de dependência para as atividades básicas diárias, como tomar banho e se alimentar sem auxílio⁹⁻¹¹. A soma de fatores fisiológicos inerentes ao envelhecimento, hábitos e contribuição da genética poderão provocar o que se denomina de doença Crônico-degenerativa ou doença crônica não-transmissível (DCNT)^{12,13} e por isso são os idosos os que mais contribuem para a prevalência destas enfermidades.

As DCNT são definidas como um conjunto de doenças que levam à deterioração progressiva da saúde sendo necessário um longo período de desgaste fisiológico para

que as doenças em potencial tornem-se manifestas, como no caso de hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Melitus (DM), osteopatias, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e demências¹⁴⁻¹⁷. A OMS afirma que as DCNT respondem por 60% das mortes e incapacidade em todo o mundo, podendo chegar a 73% de todas as mortes em 2020¹⁸. Dos 35 milhões de pessoas que morreram de doenças crônicas, em 2005, metade com menos de 70 anos e metade eram mulheres. Esses dados são preocupantes e devem auxiliar no direcionamento de políticas públicas para a ampliação de programas específicos que enfoquem o aprimoramento de ações de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. Para isso, alguns itens envolvendo estas enfermidades devem sempre estar em mente:

1) caráter multifatorial, em que há uma superposição de fatores contribuintes para o surgimento das doenças, como a genética e os hábitos de vida;

2) caráter indolente, em que algumas enfermidades, como HAS e DM, apresentam seus primeiros sinais no adulto jovem e com isso o paciente convive, em uma grande parte da sua existência, com a presença e até mesmo com as seqüelas que interferem na qualidade de vida pela progressão das mesmas;

3) custos envolvidos, como nas osteomiopatias e nas doenças Neuro-degenerativas, entre elas a Doença de Parkinson e as demências, pois mesmo surgindo em uma idade mais avançada, possuem consequências devido à evolução clínica, de acordo com a história natural da doença, de impacto significativo para o enfermo e sua família envolvendo custo financeiro e emocional elevados;

4) incurabilidade, em que os sinais e sintomas são tratados farmacologicamente a fim de permitir um convívio “harmônico” do indivíduo com suas enfermidades, promovendo uma estabilidade clínica ao longo do tempo, mesmo com a consciência de que estas doenças progridem com o avançar da idade;

5) impacto social, em que determinadas doenças contribuem para o isolamento do enfermo e ou de sua família conseguinte as limitações impostas com o avançar das sequelas, como incontinência urinária, agitação psicomotora e rigidez articular, o que poderá ocasionar a restrição ao leito;

6) caráter fomentador de discussão ética sobre o final da vida, pois a presença de sequelas incapacitantes com a progressão de doenças como Esclerose Lateral Amiotrófica, Neoplasias, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Insuficiência Cardíaca, DPOC e Nefropatia Dialítica, todas em fase terminal, estimulam discussões entre as quais: o local da morte, qual a melhor abordagem terapêutica para esses enfermos, a participação da família como coadjuvante do tratamento, a capacitação técnica dos profissionais de saúde envolvidos com esse tratamento e o respeito à autonomia relacionada ao processo decisório do enfermo. E são em torno destes pontos que os CP podem estar inseridos, uma vez que seu objetivo é dispensar comodidade, aconchego e atenção a quem padece. É a tentativa de valorizar a existência enquanto ser humano e participante de uma sociedade, compartilhar o enfrentamento de confusas emoções e por fim, é dar mais qualidade à vida que ainda existe e resiste.

A aproximação entre CP e as DCNT em idosos tem seu início a partir do ponto de vista da temporalidade, uma vez que a sobrevida das DCNT é elevada. Todas são doenças cuja história natural implica em uma progressão e podem surgir seqüelas debilitantes levando variados graus de dependência. Por exemplo, os pacientes com HAS e osteopatias convivem com suas doenças por até 2/3 de suas vidas e aqueles com demências, em torno de 15 anos. Por conta desse convívio longo, os CP podem ser considerados como adjuvantes do acompanhamento clínico, assumindo especial importância nas fases tardias ou quando surgem complicações.

Uma questão fundamental nos CP é o tratamento da dor, pois sendo um dos pilares deste conjunto de intervenções a busca pelo o bem estar, o alívio desta sensação desagradável torna-se uma obrigação. O conceito definido pela Associação Internacional de Estudos da Dor é uma “Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”¹⁹. Assim, a dor é uma experiência pessoal, modificada pelo conhecimento prévio de um prejuízo que pode ser existente ou presumido. De acordo com Dellarozza, Pimenta e Matsuo, a prevalência de dor em idosos foi de 51%, em um estudo realizado no Sul do Brasil e que afirmavam que este índice não foi diferente de outros estudos²⁰. Neste contexto, para os idosos portadores de DCNT a dor poderá ser expressa de diversas formas e identificá-la corretamente é um dos grandes desafios para os paliativistas. É neste cenário que se considera os CP como uma modalidade terapêutica em paralelo às medicações de uso crônico principalmente para os idosos, podendo ser executada em qualquer local onde o enfermo esteja, pois depende apenas da orientação e capacidade técnica do profissional responsável pelo cuidado.

Conforme a doença crônica progride e, paralelamente, estando o enfermo vulnerável à influência de fatores estressores, intercorrências clínicas são comuns, dentre elas: picos hipertensivos, alterações glicêmicas, infecções, descompensações cardíacas e respiratórias que podem promover a internação hospitalar caso não haja possibilidade de controle sintomático em domicílio. Diante de uma instabilidade clínica, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) poderá ser a principal indicação de admissão deste paciente, cujas condutas estarão pautadas, inicialmente, na reversão do quadro que originou sua entrada na UTI.

A UTI é um lugar onde se encontra uma equipe de profissionais especializada em intervenções específicas, formando um conjunto de cuidados envolvendo medidas

denominadas “invasivas”. A finalidade é oferecer um suporte pessoal e de recursos tecnológicos diariamente e constantemente aos pacientes que se encontram em risco iminente de morte. Este quadro de profissionais é tecnicamente capacitado, normalmente com pós-graduação em terapia intensiva, e munido de tecnologia e dispositivos, entre outros a ventilação mecânica, as drogas vasoativas, a monitoração invasiva da pressão arterial e da cerebral para a manutenção da fisiologia do ser humano, mesmo que de forma artificial. Entretanto, por ser um local que comporta pacientes com gravidade significativa de sua doença, a mortalidade é elevada²¹.

Um trabalho importante nesta área é o estudo denominado “*Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment*”, mais conhecido como SUPPORT²². Dentre seus objetivos estavam a avaliação de como os pacientes morriam e a postura dos médicos neste cenário a fim de reduzir a frequência do uso de dispositivos artificiais, o prolongamento do processo do morrer e tratar a dor adequadamente na UTI. Foi verificado que: 50% dos pacientes que morriam no hospital apresentaram dores de grau moderado a grave nos últimos três dias de vida e 41% destes mesmos enfermos conversaram com seus médicos sobre prognóstico e prescrições de “não reanimar” em caso de parada cardiorrespiratória, porém 80% dos médicos não aceitaram suas preferências e, por tal, esses pacientes morreram sem ter seus desejos respeitados. Os autores em suas conclusões destacaram que é muito frequente a morte ocorrer de forma solitária, estando o paciente com dor e “ligado” em aparelhos para a manutenção da vida.

No Brasil, os estudos que correlacionam mortalidade na UTI e pacientes idosos enfocam o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as causas de mortalidade^{23, 24}. Destacam que a tecnologia moderna permite que as opções terapêuticas disponíveis na UTI mantenham vivos por um tempo indeterminado os pacientes sem possibilidade de

recuperação a partir do oferecimento, em demasia, de terapêuticas como drogas vasoativas e manobras de reanimação cardíaca quando os mesmos apresentam parada cardiorrespiratória²⁵. Neste contexto de alta mortalidade, na UTI, os CP podem estar inseridos, pois diante de uma enfermidade com risco elevado de morte, medidas paliativas podem e devem ser aplicados ao invés da proposta de uma intervenção curativa, com o uso de dispositivos e medicações que prolonguem a vida já sem possibilidade de reversão do quadro patológico, com grande sofrimento do paciente. Alguns exemplos de condutas de palição praticadas por uma equipe profissional atenta a uma nova realidade do estado de saúde de um indivíduo são: o controle da dor e da dispnéia, os cuidados de enfermagem, a prevenção da agitação psicomotora, a presença da família e a fisioterapia motora.

A aplicação de intervenções paliativas de forma rotineira na UTI oferece um tratamento complementar ao que já se faz diariamente, potencializando a pertinência de intervenções apropriadas, sejam elas para o retorno deste paciente ao seu laço familiar ou o enfrentamento da morte com dignidade, minimizando o sofrimento, seja físico ou emocional. A relação entre CP e UTI é caracterizada pelo elo entre a competência da equipe de saúde, a fragilidade do paciente e a participação de sua família. A equipe de saúde, prestadora do serviço, deve respeitar o poder de escolha do enfermo e de sua família. Este tipo de “obediência” não é ser subserviente e sim realizar as preferências, mesmo que o profissional discorde. O cumprimento deste acordo, de não utilizar drogas ou subterfúgios de manutenção da vida artificialmente, não invalida a necessidade do oferecimento de medidas que o aliviem, e os CP nada mais são que estas ações de conforto²⁶.

Nelson e cols²⁷ afirmaram que embora a literatura defenda que os CP devam estar inseridos na UTI, não há consenso prático da sua sistematização neste ambiente.

Os autores discutiram dois modelos possíveis de interseção, com vantagens e desvantagens em cada um deles, um na forma de pareceristas ou consultores dos intensivistas e o segundo, um modelo integrativo, em que os profissionais da terapia intensiva estariam capacitados tecnicamente a exercer as ações paliativas, ou seja, os CP fariam parte do conteúdo programático da medicina intensiva (vide quadro no Anexo). Os autores apontaram que os modelos não são excludentes e uma forma intermediária entre os dois poderia ser algo a ser perseguido. A cultura do hospital, mais precisamente da UTI, acabará por influenciar qual o modelo que preponderará.

Importante ressaltar que independente do modelo proposto o treinamento dos profissionais em palição é fundamental. O intensivista que dispõem da equipe de paliativistas como suporte deverá saber identificar o momento mais propício para a solicitação do parecer e este tempo está mais atrelado à experiência e bom senso do profissional do que na teoria propriamente dita. Um facilitador nestes casos é compreender a palição como uma intervenção também necessária para que não haja a prorrogação do padecimento do enfermo que se encontra em fase de terminalidade. Por outro lado, quando este modelo de pareceristas não está disponível, é o médico intensivista o responsável pelas decisões, e por isso espera-se dele, como líder, a divisão desta incumbência com toda a equipe envolvida com o cuidado. Saber identificar os elegíveis para a palição e traçar estratégias terapêuticas além de estreitar e consolidar o relacionamento com as famílias é o grande desafio. De todo modo, enquanto não há um modelo consensual, é imprescindível romper com algumas barreiras existentes, como a falta de um espaço físico adequado, a falta do rotulado “tempo” apropriado para as reuniões com os familiares e as dificuldades pessoais do profissional em falar sobre morte.

Na área de atuação dos cuidados paliativos, há questões cruciais e, não raro, polêmicas, tais como: sedação paliativa, analgesia contínua e de resgate de forma protocolar, suporte ventilatório não-invasivo, suspensão de medicações, alimentação, luto antecipatório, finitude, bioética e comunicação com familiares, incluindo “dar más notícias”. O desenvolvimento da capacidade do altruísmo e, principalmente, de uma política gerencial e protocolar direcionadas aos CP, poderão respaldar as práticas da equipe de saúde no dia-dia.

Portanto, a utilidade da UTI para idosos portadores das DCNT, como por exemplo nos casos de demência em fase avançada, deve ser discutido especificamente a partir dos benefícios que as intervenções intensivas poderão conceder, ou, em outro exemplo, aqueles que se encontram em uma fase de terminalidade e lhes sobrevém uma intercorrência, como infecção, que provoca uma instabilidade clínica e esta, como um “efeito dominó” , tem classicamente, a indicação de transferência para a terapia intensiva.

Ciente de que não há consenso sobre qual seria a melhor forma de conduzir casos como o descrito acima, duas são as estratégias cabíveis para que a inserção dos CP na UTI possa de fato ocorrer. A primeira consiste no treinamento específico em palição para os intensivistas e a segunda, paralelamente, na presença de consultores paliativistas, como pareceristas, no auxílio da condução de casos e intermediando as relações com pacientes e seus familiares.

No cenário brasileiro da transição demográfica e epidemiológica no cenário brasileiro, a possibilidade da presença de idosos portadores de doenças crônicas na UTI dos serviços de saúde já é uma realidade e, portanto os CP devem ser considerados importantes ferramentas de suporte à equipe profissional que fará o acompanhamento deste enfermo.

II - JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema palição é crescente em todo o mundo²⁸⁻³¹. A literatura apresenta-se vasta ao realizar uma busca nos portais bibliográficos, utilizando-se o termo CP. No Brasil, este interesse também é percebido, ainda que de forma insipiente, na área da saúde³². O envelhecimento populacional é uma realidade. Não há mais como postergar o debate nas diversas dimensões em que este grupo populacional está inserido, seja na economia, nas políticas públicas e, principalmente, na saúde; estes são exemplos de inserções onde o idoso enquanto cidadão e paciente deve sempre estar presente para gestores e prestadores de serviço. As consequências no campo da saúde advindas deste novo panorama podem ser percebidas nas emergências, nos ambulatórios e no crescimento das áreas de geriatria e gerontologia.

Na UTI, este processo é verificado com o aumento visível do número de idosos admitidos nestas unidades. Por conseguinte, discutir a terminalidade da vida no contexto dos CP levando em conta a complexidade do manejo clínico dos idosos portadores de DCNT e o papel desempenhado pela UTI para esta faixa etária é de considerável relevância. A sua origem, as premissas e a infra-estrutura necessárias para seu funcionamento, suas características e seus objetivos são alguns dos fatores que devem ser considerados nesta reflexão, pois a UTI é um setor que agrega uma equipe de especialistas e dispositivos tecnológicos desenvolvidos para a manutenção da vida de um paciente em estado grave de sua saúde.

Partindo destas premissas, percebe-se uma oportunidade para o desempenho de intervenções paliativas na UTI, como também em qualquer lugar onde haja pacientes cujo quadro clínico demonstre algum tipo de sofrimento, com a finalidade de auxiliar na concessão de benefícios perante a condução de pacientes em fase terminal na UTI³³⁻³⁵.

Dessa forma é recomendável que os profissionais de saúde estejam familiarizados com as noções da palição e, se possível, estejam capacitados para praticar suas intervenções.

A proposta deste trabalho, que aborda os temas CP e UTI, tem como objetivo contribuir na disseminação do conhecimento das práticas da palição e assim, favorecer as ações efetivas e contínuas nos hospitais. O apontamento das dificuldades enfrentadas e a possibilidade de utilizar essas intervenções em outros locais poderão fomentar as discussões e contribuir para a elaboração de propostas da viabilização prática dos CP nos serviços de saúde.

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS

III - OBJETIVO PRINCIPAL

Discutir os cuidados paliativos direcionados aos idosos, portadores de doenças crônicas não-transmissíveis, admitidos na UTI.

IV - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Discorrer sobre a utilidade das intervenções paliativas em idosos portadores de doenças crônicas não-transmissíveis;
2. Discutir os Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva;
3. Revisar sistematicamente a literatura sobre a relação entre os Cuidados Paliativos e a UTI.

Os objetivos foram contemplados nos três artigos a seguir

CAPÍTULO 3

ARTIGOS

VI. ARTIGOS

VI.1 Artigo 1 – Título: Os Cuidados Paliativos aplicados em idosos portadores de DCNT internados na UTI: uma Revisão Sistemática.

Autores: Anelise Fonseca; Maria de Jesus Mendes da Fonseca

RESUMO

INTRODUÇÃO: A interseção entre os temas Cuidados Paliativos, idosos e Unidade de Terapia Intensiva está em evidência na atualidade diante do fenômeno do envelhecimento, da evolução biotecnológica dos recursos de suporte para a manutenção da fisiologia humana e do conhecimento do óbito dos pacientes com algum tipo de sofrimento. Ampliar as pesquisas sobre estes assuntos poderá ser o caminho inicial para esta inserção. **Objetivo:** Descrever como se relacionam na literatura os temas Cuidados Paliativos e idosos portadores de doenças crônico-degenerativas não-neoplásicas admitidos na Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Revisão Sistematizada em dois portais, Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para acessar os bancos de dado do Medline e da LILACS, realizada no período entre 15 de agosto e 15 de setembro de 2010. Foram utilizados os termos Cuidados Paliativos e Unidade de Terapia Intensiva, em português e inglês, limitados por idade acima de 65 anos e nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos cartas e editoriais, além de artigos que não focavam os objetivos em ambos os temas. **Resultados:** Foram encontrados 48 artigos para leitura e ao final, restaram 29 artigos para análise detalhada. Os estudos qualitativos demonstravam a importância dos CP na UTI e o papel da enfermagem neste tipo de trabalho. Já os quantitativos apontavam os cenários presente das mortes nas UTI, as dificuldades metodológicas na realização de pesquisas com este assunto e as experiências individuais em relação à implantação desta modalidade de atenção.

Conclusão: A escassez de literatura referente aos temas sugere que mesmo com a realidade do envelhecimento populacional e os relatos de sofrimento no momento da morte a lacuna existente a ser preenchida é significativa e esforços no que tange a abertura de espaços para discussões temáticas e a capacitação técnica do profissional intensivista devem ser realizados no intuito de inserir as práticas paliativas nas UTI's.

Palavras-chave: Idosos, Cuidados Paliativos, Unidade de Terapia Intensiva, Equipe multiprofissional.

ABSTRACT

Introduction: The intersection between the themes palliative care, elderly and intensive care unit is in evidence today before the phenomenon of aging, biotechnological developments of support resources for the maintenance of human physiology and knowledge that patients are dying with some type of suffering. Expand the research on these issues could be the initial path for this insertion. Goal: to make a systematic literature search of publications that relate the palliative care issues with seniors in the intensive care unit. **Method:** Revision Systematized into two portals, Pubmed and Virtual Health Library (Bireme), to access the databases of the LILACS, MEDLINE and held in the period between 15 August and 15 September in 2010. The terms were used palliative care and intensive care unit, in Portuguese and English, limited by age 65 and over and in Portuguese, English and Spanish. Were excluded studies related to therapeutic for neoplasms, letters and editorials and articles not focused goals in both themes. Result: found a universe of 48 articles for analysis after the search. Of this total, were deleted 8 on therapeutic interventions in neoplastic diseases, 7 editorials and letters and 5 not focused on your goals in the relationship between themes. Most studies selected was the portal Pubmed. Remaining 28 articles for detailed analysis. Among

them, 9 qualitative and 6 reports, 11 observational and 3 intervention. The qualitative studies showed the importance of CP in ICU and the role of nursing in this type of work. Already pointed the scenarios this quantitative of deaths in THE ICU, the methodological difficulties in conducting surveys with this subject and individual experiences in respect of the implementation of this modality of attention. **Conclusion:** the scarcity of literature concerning themes suggest that even with the reality of an ageing population and the reports of suffering at the time of death the gap to be filled is significant and efforts regarding the opening of spaces for thematic discussions and technical training of professional intensivista must be conducted in order to insert palliative practices in ICU' s.

Key-words: Elderly, Palliative Care, Critical Care, Multiprofessional Team

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são intervenções, farmacológicas ou não, oferecidas por uma equipe de profissionais da saúde para pacientes que enfrentam uma situação de terminalidade de vida. A questão central dos CP é amenizar os sintomas desagradáveis provocados pela progressão de uma doença ou o tratamento proposto¹. Podem ser úteis também ao longo de todo o curso de uma doença crônica, independente de qual seja e da fase que se faça o diagnóstico, como: demência, neoplasia, cardiopatia, pneumopatia e nefropatia em fase terminal.

Diante da realidade do envelhecimento populacional, mesmo com todas as melhorias no campo da saúde, no que se refere a diagnóstico e tratamento, a “Morte” está sempre presente, uma vez que a finitude é um assunto frequente nesta faixa etária, principalmente quando se depara com uma situação iminente de morte². A preocupação atual dos profissionais da área da gerontologia é o como esta “Morte” está sendo

percebida, vivenciada e compreendida seja por seus pares e ou pela sociedade. A morte não deveria ser apenas discutida no contexto do declínio fisiológico do ser humano, mas também quando relaciona todos os danos possíveis de ocorrer advindos das relações interpessoais construídas ao longo da vida do paciente e seus familiares. Outros elementos contribuintes neste debate são os diversos grupos de profissionais envolvidos, dentre eles os médicos, os enfermeiros, os assistentes sociais, os psicólogos e o local aonde este instante ocorre.

Em 2010, a revista de economia inglesa – *The Economist* - publicou um “ranking” sobre qualidade de morte e o Brasil, de acordo com os critérios escolhidos, foi alocado como o 3º pior país para se morrer³.

A percepção do envelhecimento demográfico inicia-se a partir do final da década de 80 com Kalache e o entendimento deste fenômeno com práticas direcionadas a este público se faz necessário. A abordagem deste processo ainda é, hoje, incipiente no campo da saúde e compreender as necessidades desta população é um desafio para as três esferas do cuidado. Um dos exemplos mais novos é a crescente presença de idosos na UTI, seja por um quadro infeccioso, seja por uma cirurgia eletiva⁴⁻⁷. Uma preocupação constante referente a este grupo etário está centrada nas condições de saúde. Estas se caracterizam por um grau variado de complexidade no que se refere ao cuidado e por isso, há de se pensar nas diferentes modalidades de atenção e acompanhamento da saúde dos idosos que possam ser dispensadas⁸.

Quando se discute a saúde do idoso e o manejo das doenças crônicas, existem alguns pontos que devem ser contemporizados e que variam conforme a patologia, entre os quais o momento do diagnóstico e a sobrevida, o tipo de intervenção que deverá ser executada, o nível de adesão do paciente e ou familiar necessário ao tratamento, os limites impostos à capacidade funcional, as conseqüências da progressão das patologias

como dependência e, por fim, os mecanismos de suporte, como a presença de uma rede social e da família nesta dinâmica.

Ao fazer referência à progressão das patologias degenerativas, a proposta do cuidado deste idoso direciona-se para o esforço em se alcançar um equilíbrio na sensação de conforto do quadro dos sintomas, mesmo que de ordem subjetiva. Assim, diante de um quadro de descompensação do estado de saúde, cuja instabilidade clínica promova um desconforto do bem estar prévio, intervenções terapêuticas devem ser aplicadas na tentativa de restabelecer o quadro de equilíbrio. Quais medidas e aonde serão aplicadas dependerá do nível de gravidade, podendo permanecer o paciente em domicílio ou requerer a admissão em uma rede hospitalar. Avançando na linha evolutiva de gravidade, defronte de um nível avançado de descompasso na saúde, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) poderá ser a escolha na tentativa de reversão desta situação, essencialmente quando há o risco iminente de morte⁹. Neste local, as práticas da equipe de saúde consistem em aplicar recursos para a manutenção da vida, dentre eles: farmacológicos, próteses e dispositivos eletrônicos através de profissionais capacitados especificamente na área de cuidados intensivos.

O diferencial para manter um enfermo na UTI é o grau de instabilidade do organismo, quando a severidade de sua situação de saúde exige acompanhamento e intervenções contínuas decorrentes às incertezas quanto à evolução das condições clínicas. O futuro deste paciente, mesmo com a aplicação de todo arsenal terapêutico presente no local, tanto poderá resultar na recuperação do seu estado de saúde, ou melhor, em um novo reequilíbrio orgânico, quanto à morte¹⁰. Contudo, o aparato técnico disponível na UTI não é o suficiente para gerar uma tranquilidade entre paciente e seus entes uma vez que para muitos, a UTI é considerada como um espaço de sofrimento.

Por suas características intrínsecas, a UTI é um local aonde encontramos pessoas cuja gravidade do seu estado clínico prepondera, e desta maneira, a mortalidade é elevada^{11,12}. Ao lidar com as incertezas, o profissional da UTI atua de forma a “buscar” o melhor resultado possível. Os CP podem ser um alicerce para que, independente dos motivos da admissão, se ofereça conforto ao paciente simultaneamente à proposta intervencionista curativa da UTI. Quando se lida com enfermos de maior gravidade, e na UTI há instrumentos como APACHE e o SOFA para predizer sobrevida e risco de morte do paciente, o que se pode esperar, dependendo do contexto, é a morte e não a recuperação do seu estado de saúde¹³⁻¹⁵. Para estes casos, ao invés de se insistir em medidas curativas, a oferta de cuidados que aliviem o desconforto poderá ser um adjuvante diferencial na condução do paciente.

Assim, entender que os CP são ações de um grupo de trabalho multidisciplinar direcionadas ao alívio do padecimento seja ele físico ou psíquico e, além disso, saber que suas medidas formam um conjunto de ferramentas úteis na condução de um caso grave, é ampliar o conjunto de intervenções já executadas na UTI. Um exemplo seria a dispnéia, oriunda da progressão de uma enfermidade sem perspectiva de cura, como fibrose pulmonar, sendo este sintoma abordado através do manejo farmacológico de drogas e ventilação com máscara, sem utilizar o tubo oro-traqueal. Acrescentando, o uso de intervenções não-farmacológicas, como técnicas de relaxamento e musicoterapia para promover um bem estar enquanto permanece sob o tratamento intensivo¹⁶. Além disso, a atenção em amenizar os ruídos característicos da UTI e respeitar o enfermo e sua família, estimulando-os a participar em conjunto com a equipe de profissionais nas decisões, são procedimentos que podem contribuir para minimizar as angústias que nenhuma medicação conseguirá agir. Este tipo de abordagem na saúde do enfermo apesar de não visar à cura, poderá ser utilizada independente do prognóstico, uma vez

que seu objetivo é suavizar o sofrimento oferecendo a melhor qualidade de vida possível aos doentes e suas famílias¹⁷. A garantia do conforto do paciente é central nos CP, essencialmente para aqueles admitidos na UTI quando em uma fase avançada da enfermidade. A utilização das intervenções paliativas na UTI é alvo de pesquisas recentemente e por isso este artigo tem como objetivo fazer uma busca sistematizada na literatura das publicações que relacionam os CP direcionados aos idosos na UTI.

MÉTODO

Neste trabalho foram selecionados artigos de dois portais: o *National Library of Medicine* (NCBI), no qual é realizado o acesso aos dados do *Pubmed/Medline* e o *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), espaço aonde os acessos as bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Cochrane, *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Pubmed* e do Evidências, estão disponíveis. Contudo, no BVS, foram considerados para análise apenas os artigos da base LILACS, pois no portal do NCBI a seleção das publicações do *Medline* já tinha sido realizada anteriormente.

Os trabalhos foram identificados e selecionados no período entre os dias 15 de agosto a 15 de setembro de 2010. A extração das informações foi realizada pelos autores deste trabalho a partir de critérios predefinidos: o uso dos **termos** Cuidados Paliativos e Unidade de Terapia Intensiva em português e inglês (*Palliative Care e Critical Care*); **idade** acima de 65 anos; **humanos**; **idioma** - português, inglês, e espanhol. Devido a nuances nas interfaces entre os dois portais, o processo de busca considerando a delimitação por data, como critério limitador, foi diferente. A partir de primeiro de janeiro de 1960 até trinta e um de julho de 2010 no *Pubmed* e na BVS, a possibilidade de demarcar por data foi apenas a partir do ano de publicação, 1965. As

informações extraídas dos artigos foram aquelas que relacionavam as ações paliativas na UTI, desde a realização de intervenções para o controle de sintomas até a participação da família no processo de condução do caso clínico. Como critérios de exclusão, pesquisas em animais, menores de 65 anos e as publicações nos demais idiomas.

A descrição das estratégias de busca foi a seguinte: No *Pubmed* os termos *Palliative care* para os CP e *Critical Care* para UTI foram os escolhidos e submetidos ao dicionário *MeSH (Medical Subject Headings)*. Na BVS, realizou-se a pesquisas da mesma forma. Contudo, para ampliar o número de publicações, utilizaram-se os termos em português na tentativa de aumentar o número de publicações, uma vez que o foco na BVS era o LILAC's, base Latino-Americana. Após a seleção dos artigos, nos nove artigos observacionais, utilizou-se o *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE)* como instrumento do tipo “*checklist*” para verificar se elementos essenciais de um estudo observacional estariam presentes, já que é um instrumento especificamente desenvolvido para este tipo de estudo. Este guia auxilia na seleção dos artigos ao apresentar uma série de itens que devem estar contidos nas publicações consideradas de qualidade e que variam desde a formulação do título até a menção das fontes financiadoras do estudo^{18, 19}. A busca foi realizada da seguinte forma: primeiramente a pesquisa nos portais com os termos individualizados. Neste processo foram identificados 33.392 artigos com o termo CP e 39.730 com o termo UTI, quando aplicados sem os limites predefinidos. Posteriormente, ao aplicar os critérios de inclusão, este número decresceu para 8.961 e 7.363 respectivamente. Ao organizar por décadas, procedimento realizado exclusivamente no portal do *Pubmed*, foi observado um aumento significativo de publicações nos últimos dez anos, com mais de 50% dos trabalhos publicados neste período (tabela). Ao realizar a interseção dos

termos UTI e CP, 230 artigos foram encontrados e, quando aplicados os limites (critérios de inclusão), o número decresceu para 48 publicações.

RESULTADOS

Os quarenta e oito trabalhos identificados foram alvos de análise que em um primeiro momento consistiu na leitura de títulos e resumos. Deste total, foram excluídos doze artigos selecionados no portal *Pubmed* cujos assuntos não abordavam o tema central desta dissertação, em virtude do caráter amplo de busca que possui o dispositivo “árvore *Mesh*” e sete no formato de editoriais e cartas. Portanto, ao final desta etapa, um total de 29 artigos foi considerado para análise. A figura 1 apresenta o fluxo do processo de seleção dos artigos.

Os principais resultados dos artigos selecionados na busca sistemática estão apresentados nos quadros 1 e 2. Dentre os selecionados, distribuíram-se as publicações em dois grupos: 11 artigos teóricos e, dentre os quantitativos, um conjunto de 18 trabalhos. No grupo de artigos teóricos²⁰⁻³⁰, o tema central foi os cuidados paliativos na UTI como uma forma diferenciada de atenção à saúde. Algumas publicações merecem destaque e serão comentadas a seguir.

Singer, Martin e cols²⁰ identificaram, através de entrevistas com pacientes, cinco domínios de qualidade nos cuidados ao final da vida: controle de dor e manejo adequado de sintomas, evitar o prolongamento inapropriado da vida com a perspectiva do sofrimento em paralelo as medidas curativas, manutenção da autonomia do paciente, aliviar o estresse e fortalecer as relações com familiares. Todos esses itens fazem parte das intervenções paliativas.

Dawson²¹ pontuou que é importante compreender a relação entre CP, idosos e UTI uma vez que as medidas paliativas são centradas no enfermo e na sua família e

através dessas ações otimiza a qualidade de vida do paciente ao antecipar e intervir no sofrimento. Ressalta que os CP são direcionados às necessidades físicas, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais e, enquanto facilita a autonomia do paciente, auxilia no acesso à informação para a escolha do cuidado. Continua afirmando que a UTI, como um local designado para preservação veemente da vida, foca na procura ininterrupta pela reversibilidade do quadro clínico através de instrumentos cujo dano poderá ser maior que o benefício proposto. Por isso, intervenções que confortem essencialmente os idosos, normalmente os mais fragilizados, são por vezes, inadvertidamente, negligenciáveis. A autora conclui que este grupo etário, em fase de terminalidade de sua existência, quando na UTI, deveria receber as ações paliativas e a iniciativa deveria advir da equipe de enfermagem, pois é o profissional mais próximo do paciente no campo do cuidado.

Costa-Filho e cols²² discutiram os CP como uma filosofia do cuidar e que complementariam os tratamentos curativos da Medicina Moderna e principalmente proporcionariam aos profissionais intensivistas a oportunidade de agir com dignidade e significado. Afirmaram que os CP envolvem uma equipe multidisciplinar, incluindo várias especialidades médicas, enfermeiras, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais e sacerdotes. Os autores concluíram que a educação dos profissionais de saúde na área da palição é fundamental para a promoção dos CP na UTI.

Mularski e Osborne²³ descreveram todas as bases dos CP para idosos gravemente enfermos e a UTI, apontando o papel desta última como um dos locais a serem transferidos esses pacientes, quando em situações limítrofes. Contudo defenderam a ponderação desta decisão entre os custos, não apenas financeiros, como também seus benefícios.

Dentre as publicações selecionadas cujos métodos eram quantitativos³¹⁻⁴⁸, a maioria se enquadrava no tipo de metodologia observacional, mas também havia as de intervenção.

Prendergast e cols³¹ coordenaram um inquérito sobre os cuidados ao fim da vida na UTI. Através de entrevistas com os diretores-médicos, os autores concluíram que as práticas paliativas seriam limitadas, devido à ausência de programas de treinamento específicos para este fim e que existem variações de conduta entre os profissionais de saúde diante de um enfermo cujo estado clínico aponta para iminência da morte. Os autores concluem sugerindo a necessidade de esforços, por parte dos gestores da UTI, para que possam entender os motivos da variação na conduta médica que contribuem para melhorar, ou não, a qualidade do atendimento.

Mosenthal e cols³² realizaram um estudo prospectivo em uma UTI de trauma para verificar se uma comunicação estruturada e precoce com os enfermos e suas famílias poderiam melhorar as práticas dos cuidados ao final da vida. Concluíram que esta intervenção resultou no alcance de um consenso precoce entre equipe profissional e a família no que diz respeito às intervenções propostas, apesar deste formato não ter influenciado nas taxas de mortalidade. O mérito do trabalho foi contribuir para mudanças na cultura do cuidado neste local.

Bloomer e cols³³ realizaram uma coorte retrospectiva, em uma UTI Australiana, sobre o processo de final de vida e o envolvimento das famílias. O trabalho envolveu 70 pacientes com média de 69 anos, sendo que a mortalidade esperada foi de 86% (em função dos indicadores de gravidade) e a família estava presente em 66% dos casos. Em 85% das mortes as manobras de ressuscitação não foram realizadas, em 90% deste grupo a família participou das discussões e em 49% a opção por suspender ações curativas foi respeitada. Os autores destacam que apesar do trabalho ter sido

desenvolvido em uma única UTI, o mesmo sugere que são várias as formas de abordar os cuidados terminais de vida na UTI. Uma delas seria a partir do envolvimento das enfermeiras e das famílias no processo decisório, juntamente com os médicos, tornando a abordagem do cuidado aos pacientes terminais da UTI mais específica e direcionada para cada situação enfrentada.

Kuschner e cols³⁴ reconheceram os CP como uma importante área de *expertise* da UTI, contudo os profissionais apresentam desconforto quando os objetivos do cuidado passam a ser a palição, e não o retorno do estado original de saúde. Eles afirmam que para ocorrer uma melhoria na qualidade dos serviços prestados, a padronização de condutas, como o desenvolvimento de diretrizes a fim de nortear os profissionais, seria uma oportunidade de reduzir as diferenças individuais nas intervenções clínicas e favoreceria a correção de disparidades. Contudo, apontam que ainda não está claro se a incorporação de protocolos ou de procedimentos do tipo “*checklist*” contribuirá para que os CP estejam mais presentes na UTI, mas concordam que estes instrumentos facilitarão as políticas de implementação das intervenções.

Curtis e cols³⁵ avaliaram um modelo integrado entre CP e UTI como uma forma de melhoria da atenção ao paciente. Na metodologia empregada, a abordagem envolveu as famílias, as medidas de resultados dos cuidados de enfermagem e o tempo de internação do enfermo. Para avaliar a efetividade dos CP na UTI, os autores aplicaram uma série de ações educativas, no que tange os CP, partindo da premissa da teoria da “auto-eficácia”. A hipótese seria que mudanças na postura da equipe, como conhecimento e atitude proativa em relação aos CP e o comportamento perante os familiares e pacientes, fariam com que as medidas paliativas pudessem ser executadas de forma rotineira e, conseqüentemente, haveria uma melhora na qualidade dos cuidados ao final da vida. Como principais resultados deste estudo, houve uma redução

no tempo de internação prévia à morte, o aperfeiçoamento da aplicação dos CP pela enfermagem, e maior satisfação da família, apesar desta última variável não ter sido estatisticamente significativa. Por esta razão, os autores não puderam afirmar se a amostra era pequena, ou se não houve tempo suficiente para consolidar o vínculo com a família e obter a satisfação almejada.

Por último, Lloyd e cols³⁶ realizaram uma coorte prospectiva com 50 enfermos, cuja idade média foi 59,6 anos, com o objetivo de determinar se: a qualidade de vida na pré-admissão hospitalar, a predição da taxa de mortalidade e da qualidade de vida pós-admissão na UTI e o tempo de permanência neste local, poderiam influenciar na tomada de decisão individual sobre ser submetido às intervenções mais agressivas diante de morte próxima. Os autores realizaram entrevistas com os pacientes aos quais apresentavam dois cenários de risco: um agudo, com permanência de 14 dias sob ventilação mecânica, e outro crônico, permanecendo por mais de um mês a este mesmo dispositivo, com traqueostomia e sonda enteral para alimentação. Os resultados mostraram que dentre uma grande variação de preferências a favor do tratamento intensivo, os fatores estudados não influenciaram na tomada de decisão quanto as condutas. Todavia, a predição da qualidade de vida na alta da UTI parece ser tão importante quanto as estimativas de sobrevivência. Concluíram que, neste trabalho, os entrevistados, diante da possibilidade do prognóstico desfavorável e tempo prolongado de permanência na UTI, foram favoráveis às condutas de menor agressividade. Por fim, os autores comentam que o trabalho fomentou mais questionamentos do que ofereceu respostas. Entretanto esclarecem a necessidade de estar inseridas no cotidiano da UTI perguntas para que se a equipe possa conhecer os desejos dos enfermos e os mesmos respeitados.

DISCUSSÃO

A discussão dos temas CP e UTI na Saúde Pública se faz pertinente na atualidade, pois envolve questões que dizem respeito ao envelhecimento populacional, à ascensão das doenças crônicas e à dificuldade de se oferecer conforto aos pacientes moribundos por parte da equipe de saúde. A escassez de publicações que façam o cruzamento entre os dois assuntos, ao comparar com número de trabalhos individuais, demonstra a oportunidade e a demanda de se ampliar as pesquisas com esta específica finalidade.

Nos achados deste trabalho, apesar da heterogeneidade das publicações, duas questões são importantes: a primeira é que ainda há escassez de estudos cujos métodos demonstrem os CP como eficientes no que tangem variáveis como satisfação do familiar, a comunicação da equipe e o tempo de internação na UTI; a segunda é a observação de que uma questão comum na maioria das conclusões das publicações foi que as medidas paliativas devem ser empregadas na UTI, pois podem atuar inclusive na colaboração para o sucesso dos indicadores de qualidade como também no auxílio na construção e consolidação das relações entre os profissionais da terapia intensiva e pacientes juntamente com seus familiares.

Um dos resultados deste trabalho foi demonstrar o crescimento significativo no volume de publicações nos últimos dez anos e o que chama a atenção foi que apenas dois, dentre os 29 artigos selecionados, estavam datados antes do ano de 2000. Podem-se especular alguns dos motivos que levaram a este aumento no interesse por esses assuntos especificamente no período apontado.

Partindo das seguintes premissas: a UTI foi criada e desenvolvida a partir da década de 50; o termo CP foi consolidado em 1974 e a medicina paliativa, na Inglaterra, local de origem do movimento *hospice* moderno, somente reconhecida com

especialidade médica em 1987. Portanto é de se esperar que as publicações mais relevantes estejam concentradas a partir desta última década. Outras questões como: a detecção do número elevado de mortes nas UTI com os pacientes em sofrimento; o envelhecimento da população geral; a crescente prevalência das patologias Crônico-degenerativas; a evolução das técnicas de suporte da vida artificiais em confronto com os dilemas éticos; e por último a participação da família no processo decisório são pautas que exemplificam a evidência dos assuntos e vem adquirindo uma importância nos debates da medicina intensiva a partir do final da década de 90 e início 2000 e por tal, objetos de investigação.

O papel importante desempenhado pela enfermagem nos CP foi outro item frequente nas publicações selecionadas; foram identificados 12 dentre os 29 artigos cuja esta categoria profissional participou da elaboração dos mesmos. A enfermagem é compreendida como o profissional do cuidado e os artigos relataram ser essencial a função exercida por este membro da equipe nas intervenções paliativas. A capacitação técnica da enfermagem para este fim se faz tão necessário quanto às dos médicos, pois se estes são os prescritores, os facilitadores das medidas farmacológicas, aqueles formam o conjunto de pessoas as quais a execução das medidas e a certificação da realização das mesmas compõe um dos escopos da palição. Um ícone na formação deste profissional foi Florence Nightgale, a mesma enfermeira que contribuiu no desenvolvimento das UTI's.

Sugere-se que a enfermagem seja um dos mais importantes profissionais atrelados aos cuidados paliativos, pois cabe a esta categoria o cuidado do enfermo e assim está diretamente ligada a rotina do mesmo. Ao final, contribui para aproximar toda equipe de saúde da UTI para participar ativamente desta atenção. O conhecimento técnico, abrangendo a teoria e a prática, da palição é o que vai balizar esta participação.

Obviamente que uma equipe multiprofissional paliativista contempla outras categorias e estas também são importantes, cada uma na sua área de atuação. Entretanto, o destaque ao profissional da enfermagem é necessário, pois muitas vezes é o condutor do plano de atenção nos Cuidados Paliativos.

Este trabalho apresenta limitações, pois ao realizar a busca das informações em dois portais, os autores estavam cientes de que alguns estudos relevantes poderiam estar excluídos. Desta forma, o elevado risco de vieses como: de idioma, de citação, de seleção e de publicação foi aceito a partir do momento em que foi decidido não utilizar outras bases de dados. No entanto, os autores ressaltam que para o escopo deste trabalho, dois portais seriam suficientes, pois correspondem aos mais conhecidos e importantes em termos de número de periódicos e facilidade no acesso entre os profissionais da saúde associados ou não a área acadêmica. Outra limitação deste trabalho foi a própria escolha dos termos de busca. Optou-se por usar apenas CP e UTI em detrimento ao uso de outras palavras, como dor, analgesia, sedação paliativa, cuidados ao fim da vida, que poderiam ampliar o número dos resultados, contudo perderia-se o foco da dissertação. No entanto, ao avaliar o dicionário *MeSH*, com o termo CP (*Palliative Care*) as palavras dor, tratamento e terapia paliativa foram sugeridas e na UTI (*Critical Care*) apenas a palavra *Intensive Care* poderia ser considerada e portanto indiretamente estas palavras foram contempladas.

É conveniente uma melhor compreensão da relação entre os CP e a UTI na tentativa de esclarecer questões, dentre as quais: a responsabilidade de cada profissional atuante na área da terapia intensiva diante de um idoso em fase terminal de vida; quais as diretrizes mínimas no que tange os CP que devam ser aplicadas na rotina da UTI para amenizar o desconforto do enfermo; qual o papel da família no contexto da terminalidade dentro da UTI; como integrar os desejos do paciente e sua família no

processo decisório da equipe profissional; a necessidade da inserção de uma equipe de paliativistas para dar suporte aos profissionais da terapia intensiva.

A abertura de novos caminhos para a maior utilização dos CP na UTI naturalmente advem da motivação do profissional de saúde, essencialmente daqueles que lidam com a terminalidade da vida, pois estes enfrentam rotineiramente situações limites de doença e a morte iminente em suas práticas. Contudo, é fundamental o envolvimento de todo o sistema organizacional de uma UTI, pois até a cultura do local contribui para as práticas realizadas no cotidiano. Para uma mudança, inclusive cultural, em defesa dos CP na UTI, o início poderá ser no incentivo da capacitação técnica dos profissionais interessados para que estes estejam munidos de toda argumentação necessária para que resistências possam ser vencidas. Barreiras como os membros da equipe de trabalho, os médicos assistentes, a organização estrutural e os familiares quando não esclarecidos precisam ser vencidas de forma a fazer perceber que os CP apenas praticam os princípios éticos do cuidado, como o não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça.

Colaboradores: Anelise Fonseca realizou a pesquisa e elaborou texto e tabelas. Maria de Jesus Mendes da Fonseca auxiliou na realização da pesquisa, extração dos dados e revisão dos textos e anexos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burlá C. Palição: cuidados ao fim da vida. In: Freitas EV, Py L et al. (orgs.) Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1079-1088.
2. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. um desafio novo. Rev saúde Publ, 21(3), 1987.
3. The quality of death: Ranking end-of-life care across the world Commissioned by Lien Foundation. Economist Intelligence Unit. The Economist, Julho de 2010
4. Sue D, Bongard FS, Philosophy & principles of critical care. In: Current critical care, diagnosis & treatment. Cap 1, pags1-13, 2nd ed, ed. M.crawHill. 2003.
5. Moritz RD, A morte e o morrer nas Unidades de Terapia Intensiva, in Medicina Intensiva, David CM, cap 8, pags 68-76, Ed Revinter.
6. Angus DC, Barnato AE: Use of intensive care at the end of live in the United States: An epidemiologic study. Crit Care Med, 2004, n 3, vol 32, 638-643.
7. What's palliative care. Center to Advance Palliative care. Disponível on line www.getpalliativecare.org/whatis. Acesso em 28 de novembro de 2009.
8. Palliative Care Explained. The National Council for Palliative Care. Disponível on line. www.ncpc.org.uk/palliative_care.html. Acesso em 28 de novembro de 2009.
9. Lerolle N; Trinquart L; Bornstain C; Tadie JM ; Imbert A; Diehl JL; Fagon JY. Increased intensity of treatment and decreased mortality in elderly patients in an intensive care unit over a decade. Crit Care Med 2010 Vol. 38, No. 1.
10. Kaarlola A; Tallgren M; Pettilä V. Long-term survival, quality of life, and quality-adjusted life-years among critically ill elderly patients. Crit Care Med 2006 Vol. 34, No.

11. Terzi B; Lage SG; Dragosavac D; Terzi RGG. Insuficiência Cardíaca Grave em Unidade de Terapia Intensiva. Existe um Índice Prognóstico Ideal? *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* - Volume 87, Nº 3, Setembro 2006.
12. Gherardi C; Chaves M; Capdevila A; Tavella M; Sarquis S; Irrazabal C. La muerte en un servicio de terapia intensiva influencia de la abstencion y retiro del soporte vital. *Medicina (Buenos Aires)* 2006; 66: 237-241.
13. Ruiz T; Sanchís MD; Fioravante AM; Piqué XC. Some Predictors of Cardiovascular Mortality Among the Elderly Population of Botucatu (SP). *Arq Bras Cardiol*, volume 77 (nº 4), 349-54, 2001.
14. Silva JAV, Bós AJG. Causas de internação e comorbidades em nonagenários admitidos na UTI. Trabalho apresentado na IV Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2009.
15. Sue DY; Bongard FS. Cap 1 Philosophy & Principles of Critical Care. In *Current Critical Care, Diagnosis & Treatment*, 2nd ed. Mc Graw Hill. 2003.
16. Hilliard RE. Music Therapy in Hospice and Palliative Care: A Review of the Empirical Data. *Advance Access Publication* 7 April 2005.
ecam.oxfordjournals.org/cgi/content/full/2/2/173. Acesso em 04 de dezembro de 2010.
17. Hennessy D; Juzwishin K; Yergens D; Noseworthy T; Doig C. Outcomes of elderly survivors of intensive Care : A Review of the Literature. (*CHEST* 2005; 127:1764–1774).
18. Moher D; Liberati A; Tetzlaff J; Altman DG. The PRISMA Group. Methods of Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Journal of Clin Epidem* 62(2009)1006-1012.

19. Malta M; Cardoso LO; Bastos FI; Magnanini MMF; Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídies para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(3): 559-65.
20. Singer PA; Martin DK; Kelner M. Quality End-of-Life Care: Patients' Perspectives. *JAMA*. 1999; 281:163-168.
21. Dawson KA. Palliative Care for Critically Ill older adults: Dimensions of nursing Advocacy. *Crit Car Nurs Q*. 2008. Vol.31, No 1, pp.19-23.
22. Costa-Filho RC, Costa JLF, Gutierrez FLB, Mesquita A. Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva, RBTI 2008: 20:1:88-92.
23. Mularski RA; Osborne ML. End-of-life care in the critically ill geriatric population. *Crit. Care Clin*. 2003 Oct; 19(4):789-810, viii.
24. Moritz, RD; Lago PM; Souza RP; Silva NB; Meneses FA; Othero JCB; Machado, et al Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva: [revisão]. *Rev. bras. ter. intensiva*; 20(4): 422-428, out.-dez. 2008. ilus.
25. Gherardi CR; Biancolini CA; Del Bosco CG. Ingreso de pacientes irrecuperables en Terapia Intensiva, no aplicación y suspensión de métodos de soporte vital: análisis de una encuesta de opinion. *Med. intensiva*; 17(1): 15-20, 2000.
26. Mosenthal AC; Murphy PA; Barker LK; Lavery R; Retano A; Livingston DH. Changing the Culture Around End-of-Life Care in the Trauma Intensive Care Unit. *J Trauma*. 2008; 64: 1587–1593.
27. Palú LA; Labronici LM; Albini L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva *Cogitare enferm*; 9(1): 33-41, jan.-jun. 2004.

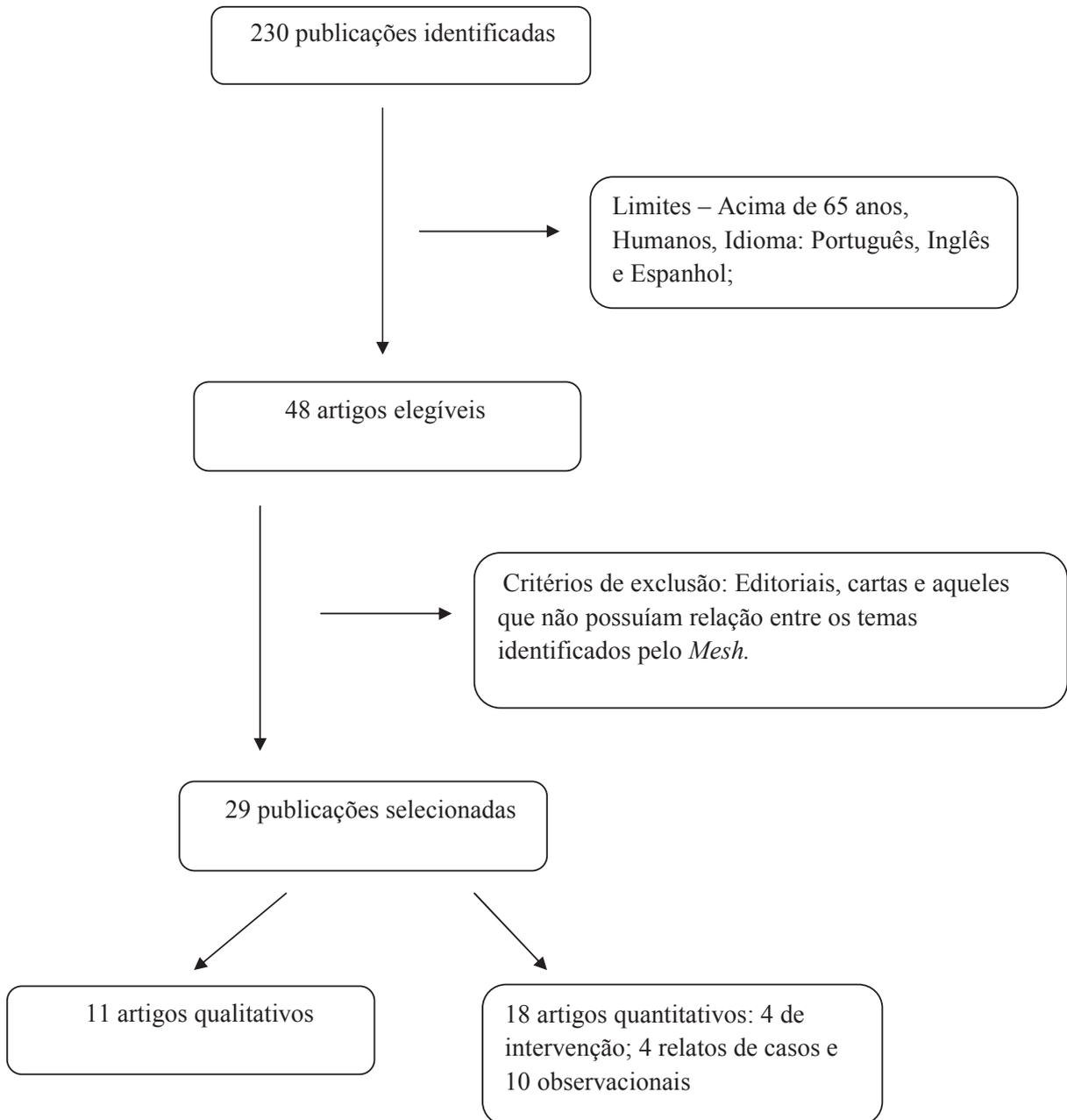
28. Lourenço EC. As necessidades de cuidado e conforto em UTI oncológica: Com a palavra os visitantes. Rio de Janeiro; s.n; dez. 2004. 140 p. ilus, tab, graf.
29. Earle CC; Neville BA; Landrum MB; Ayanian JZ; Block SD; Weeks JC
Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Health Care*; 17(6): 505-9, 2005 Dec.
30. Curtis JR, Cook DJ, Sinuff T, White DB, Hill N, Keenan SP, Benditt JO, Kacmarek R, Kirchhoff KT, Levy MM; Noninvasive positive pressure ventilation in critical and palliative care settings: understanding the goals of therapy. Society of Critical Care Medicine Palliative Noninvasive Positive Ventilation Task Force. *Crit Care Med*. 2007 Mar; 35(3): 932-9.
31. Prendergast TJ; Claessens MT; Luce JM. A National Survey of End-of-life Care for Critically Ill Patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 1163–1167.
32. Mosenthal AC, Lee KF, Huffman J. Palliative care in the surgical intensive care unit. *J Am Coll Surg*. 2002 Jan; 194(1):75-83; discussion 83-5.
33. Bloomer MJ; Tiruvoipati R; Tsiripillis M; Botha JAM. End of life management of adult patients in an Australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study. *Australian Critical Care*. Volume 23, Issue 1, February 2010, Pages 13-19.
34. Kushner WG; Gruenewald DA; Clum N; Beal A; Ezeji-Okoye SC.
Implementation of ICU Palliative C. Guidelines and Procedures. *Chest* 2009; 135:26-32.
35. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Downey L, Shannon SE, Braungardt E.
Integrating Palliative and Critical Care, Evaluation of a Quality-Improvement Intervention, *Am J Respir Crit Care Med* Vol 178. pp 269–275, 2008.
36. Lloyd CB; Nietert PJ; Silvestri GA. Intensive care decision making in the seriously ill and elderly. *Crit Care Med*. 2004 Mar; 32(3):881-2.

37. Lilly CM, De Meo DL, Sonna LA, Haley KJ, Massaro AF, Wallace RF, Cody S. An intensive communication intervention for the critically ill. *Am J Med.* 2000 Oct 15;109 (6):469-75.
38. Ryder-Lewis M. Going home from ICU to die: a celebration of life. *Nurs Crit Care*; 10 (3): 116-21, 2005 May-Jun.
39. Watch LS, Saxton-Daniels S, Schermer CR. Who has life-sustaining therapy withdrawn after injury? *J Trauma.* 2005 Dec; 59 (6):1320-6; discussion 1326-7.
40. Long MJ; Long-Lescoc M. Does age Influence the Intensity of care in a managed care organization. *Health Care Manag (Frederick).* 2005 Apr-Jun; 24 (2):119-23.
41. Twaddle ML, Maxwell TL, Cassel JB, Liao S, Coyne PJ, Usher BM, Amin A, Cuny J. Palliative care benchmarks from academic medical centers. *J Palliat Med.* 2007 Feb; 10(1):86-98.
42. Barnato AE, Herndon MB, Anthony DL, Gallagher PM, Skinner JS, et al. Are regional variations in end-of-life care intensity explained by patient preferences? A Study of the US Medicare Population. *Med Care.* 2007 May; 45(5):386-93.
43. Sharma G; Freeman J; Zhang D; Goodwin JS. Trends in end-of-life ICU use among older adults with advanced lung cancer. *Chest*; 133(1): 72-8, 2008 Jan.
44. Tang ST; Wu SC; Hung YN; Huang EW; Chen JS; Liu TW. Trends in quality of end-of-life care for Taiwanese cancer patients who died in 2000-2006. *Ann Oncol*; 20 (2): 343-8, 2009 Feb.
45. Delisser H. A Practical Approach to the Family that Expects a miracle. *Chest* 2009 Jun; 135 (6):1643-7.
46. Setoguchi S; Glynn RJ; Stedman M; Flavell CM; Levin R; Stevenson LW. Hospice opiates, and acute care service use among the elderly before death from heart failure or cancer. *Am Heart J*; 160(1): 139-44, 2010 Jul.

47. O'Mahony S; McHenry J; Blank AE; Snow D; Eti Karakas S; Santoro G; Selwyn P; KvetanV. Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. *Palliat Med*; 24(2): 154-65, 2010 Mar

Tabela: Distribuição proporcional dos artigos selecionados com os termos – Cuidados Paliativos e Unidade de Terapia Intensiva – isolados e associados – 1960-2010

Década	Cuidados Paliativos		UTI		Termos cruzados	
	N	%	N	%	N	%
60-70	144	1,68	0	0	0	0
70-80	502	5,84	67	1,37	0	0
80-90	1.137	13,23	676	13,84	3	8,57
90-2000	2.259	26,29	1.497	30,65	3	8,57
2000-2010	4.552	52,97	2.644	54,14	29	82,86

Figura: Fluxo do Método de busca

Quadro 1 : Características dos Estudos Qualitativos selecionados entre CP e UTI entre 1960 e 2009.

Autor/ano	Método/população	Objetivos	Resultados e Conclusões
1. Singer P, et al/1999 ²⁰	Análise das respostas de entrevistas com coordenadores de especialização em medicina intensiva	<ul style="list-style-type: none"> Identificar e descrever elementos da qualidade do cuidado ao final da vida na perspectiva do paciente. 	Foram identificados cinco domínios da qualidade do cuidado ao fim da vida: controle da dor; evitar prolongamento da vida; manter senso do controle da situação; amenizar sofrimento; estreitar relacionamento com entes. Estes domínios podem auxiliar na melhoria da qualidade do final-de-vida.
2. Gherardi CR, et al ²⁵ /2000	Análise de conteúdo das respostas de um questionário realizado com 93 médicos intensivistas.	<ul style="list-style-type: none"> Discutir sobre iniciar e suspender ou não as medidas de manutenção da vida na UTI; 	A falta de dispositivos legais ou jurisprudência de proteção ao médico e a falta de consenso cultural sobre os CP são os principais obstáculos para as limitações terapêuticas na UTI. A conclusão foi de que neste universo médico não há um consenso na decisão técnica e o desejo de atuar.
3. Mularski RA, et al/2003 ²³	Fundamentação teórica	<ul style="list-style-type: none"> Esclarecer as bases dos cuidados ao fim da vida na população geriátrica presente na UTI. 	Os autores demonstraram os princípios dos CP como modalidade do cuidado ao fim da vida na UTI para esta população.
4. Palú LA, et al/2004 ²⁷	Análise do discurso de nove depoimentos de enfermeiros atuantes na UTI.	<ul style="list-style-type: none"> Compreender a percepção de morte dos enfermeiros que trabalham na UTI. 	Enfermeiros apontam que exercem suas funções com emoção e questionamentos pois na visão deles não foram preparados para trabalhar com a morte e por isso tendem a negá-la, entendendo como um fracasso.
5. Lourenço EC/ 2004 ²⁸	Análise de conteúdo de 20 entrevistas realizadas com visitantes de UTI.	<ul style="list-style-type: none"> Investigar o ambiente, do ponto-de-vista do visitante, como fator de impacto da internação de entes em UTI. Propor um ambiente de cuidado e conforto para este visitante 	A existência do conforto pela fé, o desconforto pela perda antecipada do ente querido e as necessidades de receber afeto e atenção por partes dos profissionais da UTI foram os principais resultados da investigação deste ambiente; As autoras propõem a criação de ambiente de cuidado nas UTI para melhorar receptionar os visitantes a partir de 9 pressupostos.
6. Earle CC et al / 2005 ²⁹	Análise dos padrões protocolares e variações estatísticas já existentes do cuidado ao paciente terminal utilizando dados do <i>medicaid e medicare</i> de 48.906 óbitos em 5 anos em 11 regiões dos EUA.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar se medidas como uso de quimioterapia, admissões hospitalares e <i>hospices</i> podem ser usadas como marcadores para identificar o tipo de cuidado prestado em pacientes terminais. 	Não foram identificados tratamentos agressivos na maioria dos enfermos e 55% dos casos foram direcionados aos <i>hospices</i> . A utilidade destas medidas vai depender do tratamento instituído, podendo ser um marcador do trabalho de equipe inclusive.

7. Curtis JR, et al./2007 ³⁰	Revisão da literatura com posterior discussão da temática a partir de um grupo de especialistas.	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer diretrizes para o uso de ventilação não-invasiva ao invés da intubação oro-traqueal no final-de-vida. 	A sugestão do grupo foi para o uso da Ventilação não-invasiva quando o paciente e seus familiares possam fazer esta escolha após reunião com equipe da UTI ponderando riscos e benefícios.
8. Dawson KA/2008 ²¹	Fundamentação teórica a partir de um relato de caso.	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir sobre a definição de CP, complexidades do cuidado de idosos gravemente enfermos e sugere recomendações para prática de enfermagem. 	Recomendações para a prática de cuidados ao final de vida pela enfermagem.
9. Costa Filho RC, et al /2008 ²²	Fundamentação teórica	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar os CP e as barreiras para sua inserção na UTI. 	Reforça a importância dos CP e a necessidade de desenvolvimento de pesquisas na área.
10. Moritz RD, et al /2008 ²⁴	Fundamentação teórica	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e sintetizar o estado atual do conhecimento sobre o tema terminalidade e CP na UTI. 	Abordados os seguintes temas: A comunicação na UTI; decisões diante da terminalidade e CP e ações paliativas na UTI.
11. Mosenthal AC, et al ²⁶ /2008	Fundamentação teórica	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever os princípios fundamentais e as ferramentas dos CP na UTI cirúrgica 	Como redefinir os objetivos do cuidado, combinar conforto com intervenções, quando suspender ou não iniciar tratamento e a importância do suporte emocional e espiritual.

Quadro 2 – Características dos Estudos Quantitativos selecionados entre CP e UTI entre 1960 e 2009.

Autor/ano	Método/População	Objetivos	Resultados e Conclusões
1. Predergast TJ, et al/1998 ³¹	Estudo de prevalência Análise de como os médicos intensivistas categorizavam as mortes na UTI em que atuavam;	<ul style="list-style-type: none"> Determinar a frequência do uso de manobras de ressuscitação cardíaca e a suspensão ou não de intervenções para a manutenção da vida na UTI. 	70% das UTI havia decisões de limites ao fim da vida; Não se sabe a real frequência do uso de manobras ou das decisões de suspender intervenções ao final de vida; Inexistência de um consenso na prática de limitar intervenções dificultou o agrupamento dos achados entre as UTI analisadas.
2. Lilly CM, et al/2000 ³⁷	Estudo de Intervenção A proposta de intervenção foi o uso da comunicação para discutir com familiares o plano de cuidados em até 72 h da admissão na UTI de 530 pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> Determinar o efeito do processo de comunicação para estimular o uso do suporte avançado de vida quando houver benefício e limitá-lo quando inefetivo; Verificar se o cuidado realizado por um equipe de paliativistas foi efetivo em relação aos objetivos dos pacientes; Verificar se a comunicação da equipe de saúde interferiu na redução no tempo de permanência dos moribundos e sem aumentar a mortalidade. 	Houve maior limitação das intervenções nas famílias participantes das discussões; nível de satisfação dos pacientes cuidados pela equipe multidisciplinar foi maior; a comunicação influenciou na redução do tempo de permanência na UTI como também em não aumentar a mortalidade além de contribuir para o aumento da frequência do consenso entre equipe e familiares no que tange as condutas perante o estado final de vida;
3. Mann S, et al/2004 ⁴⁸	Estudo Descritivo Descrição de 17 casos de pacientes internados na UTI ao final da vida	<ul style="list-style-type: none"> Descrição da experiência dos autores no deslocamento de pacientes na UTI com morte iminente para suas casas 	Todos os 17 familiares foram consultados e as terapias que exigiam a permanência do enfermo foram suspensas; ao final, a resposta foi positiva em relação à decisão de encaminhar os moribundos para suas casas na iminência da morte.
4. Loyd CB, et al/2004 ³⁶	Coorte Prospectiva Análise de respostas de 50 pacientes admitidos em UTI quando foram apresentados aos cenários de risco iminente de morte.	<ul style="list-style-type: none"> Determinar a influência do auto-relato sobre a qualidade de vida na pré-admissão hospitalar e em relação à predição do prognóstico de mortalidade; Determinar se este auto-relato influencia no tempo de permanência e nos cuidados da UTI dos idosos gravemente enfermos. 	Diante dos possíveis cenários da UTI, os enfermos optaram pelo não deslocamento para UTI. A predição, por parte do enfermo, da qualidade de vida na alta da UTI parece ser importante na tomada de decisão da equipe médica ao final-de-vida. No final, houve uma variação nas preferências pelo tratamento agressivo nos casos de terminalidade.

5. Ryder-Lewis M/2005 ³⁸	Estudo Descritivo Relato de caso de admitidos na UTI em fase terminal	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar a experiência com CP em uma UTI da Nova Zelândia. 	Muitos são os desafios para os CP, incluindo pesquisas na comunidade, recursos humanos capacitados e política de segurança para pacientes e família.
6. Watch LS, et al./2005 ³⁹	Coorte Retrospectiva de três anos; Revisão prontuário de pacientes maiores de 55 anos que foram ao óbito após admitidos na UTI.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar que fatores estavam relacionados à suspensão ou o não de tratamento para manutenção da vida em vítimas de trauma que morreram; 	Do total de admissão no período 20% foram ao óbito e 54,7% deste grupo tiveram suas intervenções suspensas. Em 78% dos casos a discussão com a família foi documentada. Fatores como idade, índices prognósticos de gravidade, comorbidades e complicações não foram associadas à conduta de suspensão.
7. Long MJ, et al/2005 ⁴⁰	Coorte Prospectiva de 2 anos; Acompanhamento de idosos com incapacidade funcional ou internações repetidas pertencentes a um programa de gerenciamento do cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar se uma relação inversa entre idade e a agressividade do tratamento proposto prevalece nos idosos com incapacidade funcional; • Identificar se aqueles que morreram receberam tratamento mais agressivo que os sobreviventes; 	Para os pacientes ambulatoriais houve redução da intensidade do cuidado relacionada com a idade, diferente dos internados em que houve um cuidado maior conforme a idade; Os idosos que morreram no período foram submetidos a um tratamento mais invasivo que os sobreviventes. Foram apontados a necessidade de avanços na discussão sobre diretrizes avançadas da vontade e o cumprimento dos desejos expressados pelo enfermo como itens importantes no processo decisório do plano de atenção.
8. Twaddle ML, et al/2007 ⁴¹	Estudo de prevalência multicêntrico em 35 hospitais universitários; Revisão de 1596 prontuários no período de um ano de pacientes que permaneceram mais de quatro dias na UTI.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a qualidade das medidas paliativas realizadas nestes locais. 	Existe uma variação nas condutas entre os hospitais; os serviços atuaram melhor nos sintomas físicos; Há a necessidade de aprimoramento na coordenação do cuidado; Um pacote de medidas paliativas é sugerido como uma das formas de melhor os cuidados ofertados aos pacientes ao final da vida.

9. Barnato AE, et al./2007 ⁴²	Estudo de Prevalência Análise de entrevistas realizadas com idosos beneficiários do <i>Medicare</i> em um período de 8 meses no ano de 2005	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar se as diferenças regionais nos Estados Unidos sobre o tratamento ao final de vida estão associadas com as diferenças regionais entre as preferências dos pacientes. 	Foram 2515 entrevistas. Não houve diferença nas preferências, porém 80% preferiam morrer em casa.
10. Sharma G, et al/2008 ⁴³	Coorte Retrospectiva Revisão de prontuário e informações do <i>Medicare, Medicaid e National Cancer Institute</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar se houve redução na tendência de utilização dos recursos da UTI nos últimos seis meses de vida de portadores de câncer de pulmão avançado em um intervalo de nove anos. • Mostrar os custos deste perfil de pacientes na UTI 	Houve um aumento de 7,2% no uso das UTI sendo que 25% destes enfermos receberam ventilação mecânica com média de internação de 5,9 dias; A média de gastos dos pacientes na UTI foi em torno de 40% maior do que os que permaneciam fora deste local. Mesmo com o crescimento dos <i>hospices</i> , o uso das UTI entre idosos em fase avançada de neoplasia continua crescendo.
11. Mosenthal AC, et al/2008 ³²	Estudo de coorte prospectivo com avaliação antes e depois da inserção de uma equipe de paliativistas integrada com a UTI. O uso da comunicação precoce entre equipe de paliativistas e familiares como uma proposta de intervenção;	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar que a comunicação precoce entre familiares e profissionais da UTI sobre condutas é uma medida de suporte que pode melhorar as práticas dos cuidados ao final da vida. 	A intervenção paliativa precoce nos pacientes não alterou a mortalidade, mas a participação familiar aumentou em 32% nos debates o que resultou em consensos mais precoces quanto aos objetivos propostos pela equipe da UTI. Não houve mudança na taxa de mortalidade diferente do aumento nas decisões de não-reanimação.
12. Curtis JR, et al/2008 ³⁵	Estudo de Intervenção; Uso de um complexo sistema de suporte para equipe de saúde e familiares de pacientes na UTI como proposta de intervenção;	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a qualidade e efetividade da intervenção proposta para ampliar o uso dos Cp na UTI 	De um total de 590 óbitos, os familiares de 496 receberam a intervenção proposta; 55% dos familiares responderam positivamente e 89% das enfermeiras da mesma forma; Houve melhora na qualidade do cuidado de enfermagem e na redução no tempo de internação..
13. Kuschner WG, et al/2009 ³⁴	Estudo Descritivo Relato de quatro casos de pacientes terminais após a suspensão das medidas curativas	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer revisão das condutas médicas de uma UTI a partir da impressão da enfermagem 	De acordo com as enfermeiras, não houve excesso de intervenções propostas no caso apresentado; A UTI precisa melhorar no quesito comunicação e treinamento dos profissionais sobre Cuidados Paliativos.

<p>14. Tang ST, et al/2009⁴⁴</p>	<p>Coorte Retrospectiva de um período de quatro anos no Taiwan. Revisão prontuário de 242.530 pacientes terminais que morreram durante o período.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tendência da qualidade do cuidado oferecido ao paciente oncológico em fase final da vida. 	<p>Todos receberam cuidados intensivos no último mês de vida; houve um maior redirecionamento para UTI cujo tempo de internação foi maior que 14 dias. Dentre os estudados, 63% morreram no hospital. A qualidade ao final de vida foi aquém do que se previa e diretrizes foram recomendadas para melhorar este suporte.</p>
<p>15. DeLisser H/2009⁴⁵</p>	<p>Estudo Descritivo Relato de caso com discussão teórica dos CP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Propor uma comunicação alternativa para as famílias cujas expectativas são elevadas em relação à melhora do estado de saúde de seu ente em estado grave na UTI a partir de um caso ilustrativo. 	<p>Este tipo específico de abordagem poderá ser efetivo em ajudar as famílias em aceitar a morte de seus entes</p>
<p>16. Setoguchi S, et al/2010⁴⁶</p>	<p>Coorte Retrospectiva em período de sete anos. Revisão prontuário e dados do: <i>medicare</i>, registro de câncer, <i>hospice</i>, serviços de emergências e de um programa específico de dispensação de medicação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever o uso de opióides nos serviços de emergência e nos <i>hospices</i> pelos portadores de insuficiência cardíaca terminal; • Comparar estes enfermos com os portadores de neoplasia. 	<p>Os pacientes portadores de Insuficiência cardíaca utilizam menos drogas opióides e os <i>hospices</i>, porém morrem mais nas emergências do que os portadores de doenças oncológicas.</p>
<p>17. Bloomer MJ, et al/2010³³</p>	<p>Estudo de Prevalência Revisão prontuário de pacientes admitidos UTI em um período de um ano</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar os processos de final de vida na UTI e o envolvimento da família 	<p>Em um total de 70 prontuários houve 86% de óbitos, sendo que: em 85% delas sem manobras de ressuscitação, em 90% a família participou das discussões, em 49% as medidas intensivas foram suspensas e em 46% algum membro da família esteve presente neste momento. Concluíram que a morte nesta UTI foi previsível e que os cuidados ao fim da vida foram realizados a partir de um processo consultivo.</p>

<p>18. O'Mahony S, et al2010⁴⁷</p>	<p>Estudo de Intervenção Aplicar um modelo de cuidados aos enfermos em final de vida na UTI,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a cultura de um modelo de cuidado ao fim da vida; • Integrar os CP na UTI na forma de consultores; • Estimular a alta dos pacientes terminais das UTI para outras áreas hospitalares e <i>hospice</i>. 	<p>Aumento na taxa de formalização das diretivas avançadas; queda de 12 dias no tempo na solicitação da equipe de CP pela UTI; 33% dos enfermos abordados pela equipe de CP solicitaram não ser ressuscitados e em 83% foi respeitado este pedido; 51% dos enfermos foram direcionados aos <i>hospices</i>, sendo que 35% estiveram hospitalizados; não houve modificação no tempo de sobrevivência dos pacientes; houve aumento do uso de opióides no grupo que receberam intervenção; A equipe de CP pode melhorar a operacionalidade do cuidado e foi associada com um aumento na qualidade do mesmo pelos pacientes terminais, suas famílias e a equipe médica.</p>
---	--	---	---

VI.2 Artigo 2 – Título: Como os cuidados paliativos podem ser aplicados em idosos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva.

Autores: Anelise Fonseca; Maria de Jesus Mendes da Fonseca

RESUMO

Objetivo: Este artigo discute o papel da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na perspectiva dos idosos portadores de doenças crônicas em fase avançada, compreendendo que a UTI poderá ser uma das alternativas de alocação destes enfermos, e, para estes casos, os cuidados paliativos (CP) são ferramentas úteis de assistência.

Fonte de dados: Revisão bibliográfica com a utilização do portal Pubmed no período dos últimos 10 anos, utilizando os descritores terapia intensiva e CP. **Síntese dos dados:**

A interseção entre CP e a UTI deve ser entendida no contexto das mudanças no padrão das doenças e na longevidade da população concomitantemente pelos portadores das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Os CP são intervenções clínicas direcionadas aos pacientes portadores de enfermidades cuja progressão provoca sinais e sintomas desconfortantes, inclusive com elementos associados à instabilidade clínica.

As práticas da UTI têm como premissa o restabelecimento da fisiologia e, para tal, aplicam recursos farmacológicos, próteses e dispositivos artificiais para atingir seu objetivo. A necessidade de utilizar as medidas paliativas na UTI foi vislumbrada a partir de informações no que se refere à elevada prevalência de dor e de outros sintomas de sofrimento e angústia na UTI, seja para o paciente, sua família e ou para a equipe que o assiste.

Conclusão: É preciso reforçar aos profissionais da saúde que os CP não competem nem são incompatíveis com a UTI. Ao contrário, sua relevância dá-se na maneira com que as suas ações poderão auxiliar no direcionamento do conforto.

Palavras-chave: Terapia Intensiva; Idosos; Cuidados Paliativos; Educação; Doença Crônica-Degenerativa.

ABSTRACT

Objective: this paper discusses the role of intensive care unit (ICU) in view of elderly persons with chronic illnesses in advanced stage, comprising the UTI can be one of the alternatives allocation of these sick, and, for these cases, palliative care (CP) are useful tools. **Data source:** bibliographical Review with the use of the portal Pubmed in the period of the last 10 years, using intensive therapy and descriptors CP. **Summary of data:** the intersection between CP and the UTI shall be understood in the context of changes in the pattern of diseases and longevity of population concomitantly holders of chronic non-communicable diseases (DCNT). CP are clinical interventions directed to chronically patients whose progression desconfortantes causes symptoms and signs, including elements associated with instability clinic. ICU's practices have premised restoring Physiology and therefore apply resources pharmacological, prostheses and artificial devices to reach your goal. The need to use the stopgap measures in ICU was envisioned from information regards the high prevalence of pain and other symptoms of distress in ICU, is for the patient, his family and or for the team that assists. **Conclusion:** we must strengthen healthcare professionals that the CP does not compete or are incompatible with the UTI. Rather, its relevance is in the way that their actions may assist in the targeting of comfort.

Keywords: Intensive Therapy; Elderly; Palliative care; Education; Chronic-Degenerative Disease.

INTRODUÇÃO

A interseção entre cuidados paliativos (CP) e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) deve ser compreendida à luz da transição às mudanças no padrão das doenças e na longevidade da população¹. Conforme a idade avança, mudanças na fisiologia ao longo da vida interferem na dinâmica estrutural do organismo, podendo levar a incapacidade funcional e dependência em graus variados². A susceptibilidade às doenças crônicas nesta idade, por conta das características apontadas, é um fato e os CP podem ser uma ferramenta útil para a atenção destes pacientes.

Os CP são medidas aplicadas em pacientes cuja progressão de enfermidades provoca sinais e sintomas debilitantes. São intervenções na saúde global que conjugam profissionais de ciências da saúde, sociais e humanas atuando em diversas esferas, desde o domicílio até a internação na UTI³. Uma vez que o paliativismo não visa à cura e pode ser aplicado independente do prognóstico da enfermidade, esta forma de cuidar pode ser aplicada em paralelo com o tratamento curativo. A prioridade dos CP é oferecer a melhor qualidade de vida possível aos doentes e sua família⁴.

Partindo da premissa que o crescimento demográfico do idoso é um fato marcante em todo mundo, a preocupação com a saúde deste grupo populacional surge, pois são os principais contribuintes para uma maior prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e, para um melhor manejo nos sinais e sintomas das mesmas, os CP podem ser um adjuvante neste acompanhamento^{5,6}. A preocupação deve-se ao fato de que os portadores das DCNT são mais vulneráveis às formas mais graves de infecções pela fragilidade de seu estado geral, de acordo com seu grau de capacidade funcional e autonomia. Normalmente são imunodeprimidos, desnutridos, com baixa reserva fisiológica, todos possíveis elementos atrelados às doenças crônicas e podem ser fatores de risco para descompensação clínica⁷.

O desafio que se segue é o que pode ser oferecido para estes idosos no campo do cuidado com sua saúde. Há de se pensar nas alternativas existentes no que tange as intervenções de saúde existentes e que possam ser proporcionadas a estes pacientes a fim de que amenizem as perdas originadas não somente pelo envelhecimento, mas também por estas doenças⁸. Uma opção para estes casos, principalmente quando em fase avançada, são as medidas paliativas. Contudo, simultaneamente com a preocupação com a longevidade, suas conseqüências e as diversas formas de atenção disponíveis, o desenvolvimento tecnológico faz-se presente em uma velocidade alarmante e está sendo colocado à disposição da equipe de saúde para auxiliar neste manejo com os idosos. De acordo com Maftum e cols⁹, o aperfeiçoamento da tecnologia estimulou uma reflexão nos diferentes setores envolvidos diretamente com estas melhorias. Uma destas áreas, no campo da saúde, que vivencia rotineiramente a tecnologia, consiste na UTI. Este local agrupa recursos de suporte para a sustentação da vida, alguns deles de forma artificial, e estão disponíveis no dia a dia da UTI para serem oferecidos aos enfermos admitidos.

A reflexão atual direciona-se para um questionamento: Será este o único objetivo da UTI - utilizar todo aparato tecnológico dispensado em todo e qualquer paciente quando lá admitidos para a manutenção da vida? Repensar a UTI e o seu papel intervencionista envolvem a compreensão de que a UTI é um local ímpar na estrutura hospitalar, que oferece ao intensivista a oportunidade de executar ações planejadas individualmente e uma destas ações seriam os CP. Este artigo tem como objetivo discutir o cenário da UTI na perspectiva dos idosos portadores de DCNT, compreendendo que a UTI poderá ser uma das alternativas de alocação destes enfermos e para nestes casos, que os CP possam ser integrados na rotina de trabalho para auxiliar no conforto. Foi realizada uma revisão bibliográfica a partir da literatura disponível em

livros-textos e no portal Pubmed. Neste local, as publicações foram limitadas para o período dos últimos 10 anos, utilizando os descritores terapia intensiva e cuidados paliativos para a busca eletrônica.

A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A UTI surgiu com a enfermeira Florence Nightingale ao descrever as vantagens da criação de uma área separada do hospital para pacientes em recuperação de cirurgia durante a guerra da Criméia¹⁰. Nessa época, surgiu a ideia de classificar os doentes de acordo com o grau de dependência, dispendo-os nas enfermarias de tal maneira que os mais graves ficassem próximos à área de trabalho das enfermeiras, para maior vigilância e melhor atendimento¹¹. Os benefícios advindos na assistência deste tipo de paciente e a escassez de enfermeiras após este período da guerra resultaram na disseminação desta área específica do cuidado. Em paralelo, a epidemia de Pólio invade a Europa, avança para os Estados Unidos, favorecendo a ampliação destes locais. O John Hopkins Bayview Medical Center, nos Estados Unidos, tornou-se a primeira UTI organizada de forma que os cuidados médicos e de enfermagem fossem realizados 24 horas por dia. A presença das UTI foi crescendo ao longo do tempo até que, em 1997, mais de 5.000 estavam em funcionamento nos Estados Unidos¹².

No Brasil, as referências históricas são escassas. Os relatos são de que as primeiras UTIs foram instaladas entre o final da década de 60 e início dos anos 70 com a finalidade de centralizar os pacientes de alto grau de complexidade em uma área hospitalar específica. Orlando e Moock^{13,14} relataram que a inauguração da primeira UTI no RJ, pertencente ao Hospital dos Servidores do Estado, foi em 1967, com o Dr Tufik. Na mesma época, também foi organizada no Hospital Sírio Libanês, em SP, uma UTI com 10 leitos.

Takrouri¹⁵ afirmou que a UTI é o local em que melhor se constrói o conhecimento da fisiologia humana, sendo um verdadeiro laboratório no que concerne a processo de morte. O autor descreveu a UTI como áreas especiais cujos esforços da equipe estão concentrados no atendimento aos pacientes que são considerados recuperáveis, entretanto necessitam de supervisão e de técnicas especializadas para este objetivo continuamente. Toda a melhoria na saúde advinda da passagem do enfermo pela UTI normalmente decorre da utilização de medidas chamadas invasivas.

As práticas da Medicina Intensiva consistem em aplicar recursos para a manutenção da vida, dentre eles: farmacológicos, próteses e dispositivos eletrônicos através de recursos humanos capacitados especificamente na área de cuidados intensivos. O diferencial para manter um enfermo na UTI é seu estado clínico, quando a severidade exige o acompanhamento contínuo decorrente ao risco de morte iminente ou na fase de recuperação do estado de saúde. Assim, espera-se da equipe rapidez na tomada de decisão, capacidade técnica apurada e experiência na destreza manual suficiente para a execução de procedimentos, muitos destes com grau de “invasão” do corpo, como punção de acessos para cateterização venosa ou arterial e intubação orotraqueal¹⁶. Por estas peculiaridades, é um local que apresenta um número elevado de mortes, o que exige uma atenção e, por conseguinte, uma prestação de serviço eficiente^{17,18}. Além desses, existem outros fatores que podem estar relacionados com esta mortalidade elevada como a escassez da capacitação técnica adequada e a insegurança do paciente na UTI^{19,20}.

Dentre as patologias de maior gravidade e relacionadas a esta mortalidade, a Sepsé é de maior prevalência^{21,22,23}. Além disso, há os agravos vinculados à permanência temporal na UTI, como o *delirium* e a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) que contribuem diretamente com a mortalidade. A prevalência de

delirium nestas unidades, de acordo com Mori e cols²⁴, em uma revisão, é imprecisa, variando entre 10 a 80% e da PAVM, conforme Carvalho²⁵, em torno de 50%. Estas informações sugerem que as indicações de admissão na UTI devam ser analisadas de forma a concluir se haverá maior benefício que os danos possíveis.

As necessidades de internação, quando clássicas, não geram dúvidas, como um choque séptico ou no pós-operatório de grande porte, cuja vigilância permanente das funções vitais está clara. Garcia²⁶ sugeriu alguns itens que deverão ser considerados na internação da UTI: diagnóstico clínico, estado de saúde e a gravidade da doença, idade, comorbidades, prognóstico, proposta de tratamento, resposta ao tratamento já instituído, parada cardíaca recente, avaliação da qualidade de vida prévia e os desejos do paciente e ou seus entes. O autor defende poupar internações desnecessárias, cujo benefício é discutível seja por conta da fase avançada de doença ou, se durante a avaliação médica, houver a percepção de baixo risco de complicações.

Pelo dinamismo da UTI, são comuns procedimentos complexos e estes serem executados sob condições rápidas exigindo tomadas de decisão imediatas. Este cenário agitado frequentemente apresenta-se no momento da admissão do paciente, quando há poucas informações sobre as razões que provocaram este desequilíbrio clínico e é nesta hora peculiar que os eventos adversos como imprudência, efeitos colaterais de medicação e imperícia apresentam-se, em maior ocorrência, associados inclusive, à mortalidade²⁷. Uma das soluções já colocada em prática para dirimir estes eventos, por conta do incentivo e organização da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, são os treinamentos práticos, alguns deles com simuladores para o desenvolvimento e refinamento das habilidades técnicas exigidas pela especialidade²⁸.

No entanto, ao pensar nos idosos portadores de DCNT, o risco de serem direcionados à UTI existe e torna-se elevado quando instáveis clinicamente. Em casos

como estes, é sugerida uma análise mais profunda no que tange os fatores de riscos, o real motivo de internação, as comorbidades presentes, as complicações passíveis de ocorrer e no que realmente a UTI poderá ser útil. Na lógica da indicação para esta modalidade de internação, a capacidade funcional e o grau de independência do idoso são dois fatores relevantes no processo decisório. Importante considerar, portanto: a patologia de base deste enfermo e sequelas pré-existentes; a identificação da intercorrência clínica deflagradora desta instabilidade; o tratamento a ser proposto na UTI e resultados prováveis; os riscos de complicações inerentes à UTI e suas consequências; o respeito pelos desejos deste paciente e seus familiares e, finalmente, o prognóstico deste doente envolvendo todos os itens acima, são todos elementos imprescindíveis na decisão. Enfrentando situações díspares, é fundamental que, ao ser determinada a admissão deste idoso na UTI, o intensivista vislumbre os cenários possíveis a serem enfrentados e mais ainda, inclua a família em todos os processos decisórios.

A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E OS IDOSOS

De acordo com Hennessy e cols²⁹, os idosos representavam entre 26% e 51% dos pacientes que são admitidos nas UTIs americanas. No Brasil, são pouco precisos estes dados devido à escassez de publicações. O grande desafio na atualidade é compreender a complexidade do idoso, a relação entre suas doenças crônicas e os fatores desencadeadores da descompensação clínica e o papel que a UTI poderá desempenhar nestes casos.

Zaslavsky e Gus³⁰ afirmaram que comorbidades como depressão, HAS, DM, acidente vascular encefálico (AVC), osteopatias e neoplasias exigem uma maior preocupação do intensivista, pois compromete a saúde do idoso como um todo,

tornando-os mais fragilizados. O debate que se segue discute a indicação de internação e os fatores de risco associados à mortalidade de idosos na UTI.

As causas de internação de idosos são as mais diversas possíveis, sendo as mais comuns a pneumonia, infecção do trato urinário e pico hipertensivo. Lerolle e cols³¹, em um estudo retrospectivo com maiores de 80 anos, dividiram as causas de admissão em quatro grupos: respiratório, neurológico, circulatório, metabólico e destacaram que as principais causas de internação foram relacionadas ao grupo respiratório. Kaarlola e cols³² demonstraram que as principais causas de internação, a partir dos 60 anos, foram primeiramente doenças cardiovasculares, seguida das pulmonares. No Brasil, Silva e Bós³³ realizaram um estudo seccional, no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), com nonagenários, onde registraram AVC, pneumonia, choque séptico e edema agudo de pulmão como principais patologias de internação. Acuna e cols³⁴ realizaram um estudo prospectivo para determinar as características clínico-epidemiológicas de adultos e idosos internados em uma UTI Pública da Amazônia. Descreveram que as principais causas de internação foram insuficiência respiratória, hepática e sepse.

Em relação aos fatores de risco para mortalidade, Noortgate e cols³⁵, em uma UTI belga, avaliaram os idosos acima de 85 anos e, em um total de 104 enfermos, concluíram que os principais fatores foram: insuficiência respiratória, ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas e complicações durante a estada, principalmente, falência renal aguda. Vosylius e cols³⁶, na Lituânia, realizaram uma coorte entre jovens e enfermos acima de 60 anos, com objetivo de comparar os fatores de risco para a mortalidade entre faixas etárias. Observaram que a média de idade entre os idosos foi de 64 anos e 23% deles tinham mais de 75 anos. Os autores concluíram que a presença de infecção na admissão do paciente juntamente com a idade e comorbidades foram fatores

significativos para a mortalidade. Silva e cols³⁷ descreveram os fatores de risco e preditores para a mortalidade em idosos em uma UTI brasileira. A média de idade foi de 75 anos e a mortalidade destes enfermos correlacionou-se com a patologia de entrada, sendo a causa mais comum de internação a sepse. As variáveis analisadas como fatores de risco independentes, associados à mortalidade hospitalar de idosos foram: rebaixamento do nível de consciência, infecções, neoplasia, imobilidade e falência cardíaca. Observaram que no ambiente desta UTI, a idade exerceu uma força importante na taxa de mortalidade; todavia, o grau de disfunção fisiológica resultante da gravidade da doença aguda foi mais influente na determinação do desfecho do paciente. Este artigo demonstra também que a desnutrição, o declínio funcional, o déficit cognitivo prévio, a gravidade de doença, o sexo masculino e o número excessivo de drogas utilizadas foram as principais variáveis associadas à mortalidade após a alta hospitalar. Os autores destacaram, também, que o estado de saúde prévio contribuiu na aquisição de doenças agudas, o que facilitou a presença de intercorrências clínicas, muitas das quais sendo responsáveis pela admissão do idoso na UTI.

No Brasil, Stein e cols³⁸, ao estudarem a idade dos pacientes admitidos na UTI, descreveram que esta variável - idade- relacionou-se com o aumento da mortalidade. Entretanto, em subgrupos específicos, a mortalidade pode variar não exclusivamente conforme a idade, mas também com a causa de internação. Os autores observaram uma variação na mortalidade entre 4,3% a 22,1% para pacientes acima de 85 anos admitidos por causa cirúrgica e de 39% a 48% entre aqueles com 60 a 85 anos por doença clínica. Neste trabalho, a idade não foi a única responsável pela menor sobrevida, pois também a capacidade funcional do indivíduo antes da admissão na UTI e a gravidade da doença no momento da internação foram importantes.

Estes estudos corroboram sobre a necessidade de se conhecer as condições clínicas prévias do enfermo, para saber quais as ferramentas da UTI que poderão contribuir para o desfecho favorável, de acordo com os desejos do paciente e ou sua família. Portanto, a conduta terapêutica a ser empregada neste local deverá ultrapassar a discussão meramente técnica e sim, avaliar todo o contexto envolvendo o paciente, sua família, seu médico assistente e, acima de tudo, respeitando suas escolhas. Defronte o conhecimento dos motivos mais comuns de internação de idosos na UTI, a análise do quanto as DCNT existentes interferem na capacidade funcional e estado atual clínico do doente são itens que devem ser levados em consideração no processo decisório da internação, quando o idoso apresenta um descompasso de sua fisiologia³⁹.

Na medida em que este idoso, frágil, apresenta uma piora clínica, esta contribui para a deterioração do seu estado geral, pois normalmente este paciente não apresenta reservas fisiológicas suficientes para enfrentar este novo acontecimento e, como consequência provável, o desfavorecimento de seu prognóstico de saúde. Exemplos: 1) os portadores de doenças Neuro-degenerativas como demência ou sequelas de um acidente vascular isquêmico cerebral, especificamente em fase avançada^{40,41}; 2) patologias crônicas em sua fase terminal, pela história natural da doença, como cardiopata grave⁴², nefropatia dependente de terapia substitutiva renal ou DPOC⁴³. A sensatez é discernir se o enfermo está “morrendo”, se está apresentando um quadro agudo reversível ou, ainda, se este quadro de instabilidade de saúde poderá ser tratado de forma conservadora, sem o conjunto de técnicas que caracterizam a Medicina intensiva. Assim, a percepção que se sugere ter, ao avaliar o idoso descompensado, é refletir sobre o que representa a UTI e incluir os preceitos da ética médica no processo de tomada de decisão.

Neste contexto, a opção de direcionar o paciente à UTI poderá depender de fatores como a decisão médica, seja de quem presta o atendimento momentâneo, como o plantonista ou do médico conhecedor prévio e vinculado ao enfermo, em ambos os casos em consonância com os desejos do paciente e/ou de sua família. É importante apontar que o domínio das técnicas da palição poderá servir como auxílio inclusive para a permanência do paciente fora da UTI. Ou seja, o não encaminhamento para UTI é uma alternativa viável nos dias de hoje, e o paciente continuará a receber o tratamento pertinente ao seu caso, sem o uso de medidas artificiais que prolonguem a sua fisiologia, tendo sempre em vista o conforto e satisfação. Em contrapartida, mesmo que se decida a internação na UTI, o médico intensivista não deveria se sentir na obrigação de utilizar todo arsenal disponível em seu meio para recuperar o estado do enfermo.

O que se propõe para esta fase de decisão, entre acolher este idoso na UTI ou não, é a ponderação das diferentes nuances clínicas presentes na admissão, buscando o entendimento do contexto individual incluindo a família. Quando o profissional opta por escolher as medidas de conforto, seja em qualquer local de permanência do paciente, ele estará respeitando também o código de ética médica, compreendendo os desejos da família e ou a vontade do paciente⁴⁴. Este respeito é fundamental uma vez que, de acordo com Severo e Girardon-Perlini⁴⁵, em um estudo sobre a percepção do paciente internado em uma UTI brasileira, este local é visto como um ambiente desagradável e intimidador. Neste trabalho, os autores apontaram itens considerados, pelos próprios enfermos internados, contribuintes para a manutenção do sofrimento, afora o motivo da admissão. Vide quadro no anexo.

Diante deste cenário, pensar em outras formas de conduta que podem ser oferecidas sem provocar maiores danos do que o enfermo já apresenta é o grande desafio na UTI. Resgata-se, então, o conceito de CP como intervenções a serem

utilizadas em paralelo. Com a pretensão de oferecer o alento necessário neste momento de instabilidade clínica, pois a finalidade dos CP é minimizar o sofrer.

OS CP E A UTI

A necessidade de utilizar as medidas paliativas na UTI foi vislumbrada a partir de informações no que se refere à elevada prevalência de dor e de outros sintomas de sofrimento e angústia na UTI, seja para o paciente e ou para a equipe que o assiste⁴⁶. O estudo americano SUPPORT⁴⁷ (*Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment*) teve como objetivos: identificar, avaliar e elaborar estratégias para melhorar a capacidade de decisão e reduzir a frequência do uso de suporte mecânico, da dor e do prolongamento do processo do morrer nas UTI. Neste estudo foi verificado que 50% dos pacientes que morriam no hospital apresentaram dores de grau moderado a grave, nos últimos três dias de vida, e 41% destes conversaram anteriormente com seus médicos sobre “não reanimar” em caso de parada cardiorrespiratória. Contudo, 80% médicos não aceitaram as preferências, pois quando os pacientes solicitaram a suspensão das manobras de reanimação cardíaca, elas não foram acatadas ou comunicadas à equipe para não executá-las. Ao final, as conclusões desta pesquisa foram: o sistema de saúde não sabe quando ou como parar as intervenções propostas; presença de dor constante e o desrespeito aos desejos expressados. E é em cenários com estes que os CP poderão auxiliar os profissionais da UTI.

Segundo Hanks e cols⁴⁸, os CP possuem quatro conceitos cardinais: o cuidado, a compaixão, a empatia e a justiça. Estas particularidades estão interligadas e estimulam a sensibilidade, o respeito, a generosidade e, até mesmo, o sacrifício. Esta forma específica de cuidado é destinada especificamente em três momentos:

1) ao período logo após o diagnóstico da doença cujo tratamento curativo ainda é possível, contudo os efeitos colaterais e as sequelas advindas de intervenções como as oncológicas (quimioterapia e radioterapia) poderão ser, ao menos, minimizadas;

2) no período caracterizado como fora de possibilidades terapêuticas, quando as propostas de cura não oferecerão nenhum benefício no que refere à sobrevivência do paciente ou em termos de qualidade de vida, e as intervenções passam a ser direcionadas ao conforto integral do paciente. O objetivo nesta fase, com os CP, é aliviar sintomas físicos, amenizar o sofrimento psíquico e desenvolver uma atitude de enfrentamento através da celebração em vida de todo seu histórico;

3) na presença de uma DCNT, em fase progressiva, como esclerose múltipla, DOPC, insuficiência cardíaca e demência, em que os CP estarão desempenhando, um papel semelhante aos casos enquadrados anteriormente. Nos últimos dois casos, os CP nortearão todo o cuidado, seguindo o enfermo até os últimos momentos de vida, para que o desenlace aconteça em uma esfera de paz, harmonia e plenitude⁴⁹. Os CP afirmam a vida e não aceleram nem retardam a morte. Burlá e Py⁵⁰ afirmam que o paliativismo pode ser considerado como uma filosofia do cuidado que expressa a morte como parte integrante da vida.

Pode-se destacar que para a implantação dos CP na UTI há barreiras como: a escassez de políticas incentivadoras e a própria educação dos profissionais da área de saúde; a medicalização; a segmentação do corpo e o não entendimento do ser humano e seus meandros em sua integralidade. Nelson e cols⁵⁰, em uma coorte americana, realizada com equipes de saúde em hospitais americanos abrangendo mais de 85% dos entrevistados, identificaram outras barreiras sendo estas agrupadas em três categorias: 1) relacionadas ao paciente / famílias; 2) estruturas institucionais da UTI; 3) a categoria clínica, envolvendo as dificuldades relacionadas aos participantes deste cenário. Pessini

afirmou que a cultura do "imperativo tecnológico" nas UTI está presente nos dias atuais da mesma forma que a escassez de treinamento técnico específico para o paliativismo e ambos são desafios para a presença dos CP nas UTI. A dificuldade em se pensar no "morrer" e a facilidade em se procurar a cura das doenças, favorece o aumento da utilização dos recursos tecnológicos mantedores da vida com a redução do emprego das medidas de conforto⁵¹.

Curtis e cols⁵² realizaram um estudo de intervenção, em 2008, em uma UTI americana propondo as intervenções paliativas como uma medida de qualidade no atendimento dos pacientes na UTI e a percepção familiar perante estas medidas. A conclusão foi que o contato com a família é de fundamental importância para que esta qualidade seja alcançada, pois tendem a favorecer não somente a relação entre profissionais e a mesma, como também contribui para a redução do grau de estresse. O trabalho demonstrou que as decisões médicas tomadas, após discussão com a família do tipo: "não iniciar" alguma terapêutica cujo objetivo seja a recuperação do estado clínico e suspender intervenções, mesmo ao não oferecer benefício, foram relacionadas com: uma redução da duração de permanência na UTI; o não agravamento do estado clínico, já ruim, do paciente; e a satisfação familiar pelo atendimento dispensado. É preciso compreender que nem sempre a família deseja a morte nos hospitais, muito menos na UTI^{53,54}. Entretanto, é o local onde ocorre o maior número de mortes. Diante de constatações como o número elevado na mortalidade e a insatisfação de enfermos e familiares, modificações na filosofia da UTI estão ocorrendo e uma delas está inserida em um processo denominado Humanização.

De acordo com Souza⁵⁵, humanizar a UTI significa cuidar do paciente integralmente, contextualizando seus parentes e a rede social. Este processo envolve os valores, a cultura e as preocupações ao redor do paciente. O ato de humanizar é

considerado uma arte, é individualizar a assistência frente às necessidades do paciente. Esta transformação não se dá apenas na estrutura física da UTI, como também na preocupação em amenizar barulhos, acesso a luz natural, e facilitação da permanência da família por mais tempo com o enfermo. Os seguintes itens são fundamentais no processo de humanização da UTI: melhorar o ambiente em relação à temperatura e ao controle de sinais e sintomas para prover o conforto; orientar o paciente e sua família através da comunicação clara; manter a privacidade; estimular a autonomia e apoiar emocionalmente todos os componentes envolvidos com este cuidado seja a equipe de saúde, o enfermo e ou a sua família⁵⁶.

Interessante é que neste processo da Humanização podem ser percebidos indícios da filosofia dos CP ao individualizar todo o cenário relacionado à UTI. Um fator que pode corroborar com esta integração é a proposta terapêutica no que tange os limites da dor e de sintomas como insônia, fome / sede, constipação, dispnéia, depressão e ansiedade, pois são fundamentais tanto para os intensivistas quanto para os paliativistas. Uma forma de aproximação é a presença de uma equipe de CP, na forma de pareceristas, intermediando a relação de início conflituosa entre intensivistas e familiares^{57, 58}.

Bakitas e cols⁵⁹ realizaram um ensaio clínico propondo aplicar as medidas de CP em pacientes em fase avançada de neoplasia em uma UTI americana. Este trabalho fez parte de um projeto cuja finalidade foi demonstrar que as ações paliativas podem melhorar a qualidade de vida de enfermos quando padecem de patologias incuráveis e amenizar o próprio final de vida quando presentes na UTI. Os autores perceberam que a melhora pode ser atribuída pela intervenção psicossocial e emocional, contribuindo no bem-estar e bom humor. Este, aliás, é determinante para a experiência de qualidade de vida e do sofrimento do ser humano. Por isso, é de fundamental importância que os

profissionais da UTI agreguem, em sua expertise, as ferramentas que os CP propõem e se aproximem do paciente e de sua família.

A atenção aos aspectos globais dos pacientes e o contexto familiar, não focando somente a doença em si e suas complicações, é de suma importância. É por isso que a troca de experiências, a divisão de tarefas no intuito de somar os conhecimentos e a consideração dos limites de cada área de atuação profissional se faz necessária. Ao final, surge a uniformidade do plano de ação cujo objetivo é fomentar a tranquilidade neste período turbulento. Contudo, ainda existem dúvidas sobre o uso da palição na UTI, pois poderia se pensar, em uma análise superficial, que haja um conflito nos objetivos das ações propostas.

Cohen e Predergast⁶⁰ afirmaram que discutir sobre CP na UTI seria um contra-senso conceitual, visto que a UTI afirma a vida e os CP são ações dirigidas aos pacientes terminais cuja sobrevida é curta. No Brasil, ainda hoje persiste a concepção socialmente e culturalmente forte, de que “tudo”, em termos de intervenções farmacológicas e dispositivos mantenedores da vida, deverá ser empregado, a fim de “salvar a vida”. O que se supõe no elo entre CP e UTI é a conquista, através da comunicação, de uma relação de confiança e conforto entre equipe e enfermo, para que possam ser ofertadas as medidas necessárias ao paciente. É possível que dificuldades em se compreender o que realmente os CP se propõem a fazer, induzam a este tipo equivocado de percepção.

Loncan e cols⁶¹, em uma revisão, mostraram que a relação entre CP e UTI é visualizada pela conexão entre a importância da tomada de decisões pela equipe médica e a fragilidade do paciente e de sua família. Por isso, comumente a equipe depara-se com dilemas, muitas vezes representado por um conflito entre autonomia e paternalismo neste tipo de suporte à saúde. O cuidado em honrar a solicitação de “não - reanimar” e

ofertar todas as intervenções, farmacológicas ou não, cabíveis que levem ao alívio do sofrimento, este agora em caráter global, não devem ser economizadas. O cumprimento deste acordo, de não utilizar drogas ou subterfúgios de manutenção da vida artificialmente, não invalida a necessidade de ofertar ao enfermo-sofredor todas as intervenções que traga alívio.

CONCLUSÃO

A ampliação da conscientização, por parte dos profissionais de saúde, essencialmente dos intensivistas, da existência dos CP e de como estas ações podem ser utilizadas em suas rotinas, é importante nos dias de hoje. Além disso, a necessidade de maior envolvimento desta mesma equipe no debate sobre “o morrer” e o reconhecimento de que a proposta terapêutica da UTI poderá ser infrutífera são os fatores que devem ser contextualizados nos diferentes cenários enfrentados perante um idoso portador de DCNT. Importante clarificar a ideia de que o amparo dado através da palição significa redirecionar as medidas terapêuticas para aliviar o desconforto de qualquer natureza e, assim, contribuindo para que o paciente não se sinta “esquecido” durante este momento singular. O tempo é o Agora e, por tal, é quando mais se precisa de cuidados especiais. O que se afirma é vislumbrar a transição dos cuidados intensivos terapêuticos para os intensivos fomentadores de alívio dos sintomas desagradáveis até sua morte.

Por fim, é preciso reforçar aos profissionais da saúde que os CP não competem nem são incompatíveis com a UTI. Ao contrário, sua relevância se dá na maneira com que as medidas paliativas poderão auxiliar no plano de cuidado desenvolvido. A proposta de executar as ferramentas da palição, sob forma protocolar, semelhante aos estabelecidos *chekslis*, é realizar a humanização já desenvolvida pelos intensivistas. Há

uma clara percepção de linhas confluentes entre as medidas paliativas e as intervenções executadas nestas unidades.

BIBLIOGRAFIA

1. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. um desafio novo. Rev saúde Publ, 21(3),1987.
2. Netto FLM. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. Pensar a prática 7: 75-84, mar. 2004
3. What's palliative care. Center to Advance Palliative care. Disponível on line www.getpalliativecare.org/whatis. Acesso em 28 de novembro de 2009.
4. Shiel Junior WC, Stoppler MC. Palliative care definition. In: The MedicineNet.com Doctors are proud to author. 3a ed. 2008. Disponível on line www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=11867. Acesso em 28 de novembro de 2009.
5. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública 2009;43(3):548-54
6. Nasri F. O envelhecimento populacional do Brasil. Einstein. 2008; 6 (Supl 1):S4-S6.
7. Caldas, CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 733-781.
8. Malta MA; Nishide VM. Enfermagem em unidade de terapia intensiva
9. Maftum, Mariluci Alves; Mazza, Verônica Mello de Azevedo; CORREIA, Marilene Mangini - A biotecnologia e os impactos bioéticos na saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br. Acesso em 16 de março de 2010.

10. Simmons JG, Nightingale F: A enfermagem moderna. In: Médicos & descobridores. Vidas que criaram a medicina de hoje. Ed Record. Pags:123-128.
11. Retrospectiva histórica. <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/uti-retrosp.htm>. Acesso em 22 de maio de 2010.
12. Society of Critical care Medicine.
http://www.sccm.org/AboutSCCM/History_of_Critical_Care/Pages/default.aspx. Acesso em 22 de fevereiro de 2010.
13. Orlando JM, Moock M. historia do inicio da terapia intensiva no Brasil e a trajetória da AMIB, in Medicina Intensiva, David CM, cap 8, pags 68-76, Ed Revinter
14. Borge LA, Othero JB. Breve Histórico. In: www.amib.org.br. Disponível on line. Acesso em 28 de novembro de 2009.
15. Takrouri MSM. In UTI, The Internet Journal of Health. Disponível on line.
16. www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijh/vol3n2/icu.xml. Acesso em 22 de out de 2009.
17. Needham DM, Sinopoli DJ, Thompson DA, Holzmueller CG, Dorman T, Lubomski H, et al. A system factors analysis of “line, tube, and drain” incidents in the intensive care unit. Crit Care Med 2005 Vol. 33, No. 8.
18. Moritz RD, A morte e o morrer nas Unidades de Terapia Intensiva, in Medicina Intensiva, David CM, cap 8, pags 68-76, Ed Revinter.
19. Angus DC, Barnato AE: Use of intensive care at the end of live in the United States: An epidemiologic study. Crit Care Med, 2004, n 3, vol 32, 638-643.
20. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, Kaushal R, Lockley SW, Burdick E, et al. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. Crit Care Med 2005 Vol. 33, No. 8

21. Canineu R, Guimarães HP, Lopes RD, Vendrame LS, Fonseca Júnior MA, et al. Iatrogenia em medicina intensiva. RBTI, Vol 18 - Número 1 - Janeiro/Março 2006.
22. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, et al. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med*, 2001; 29:1303-1310.
23. Alberti C, Brun-Buisson C, Burchardi H, et al. Epidemiology of sepsis and infection in ICU patients from an international multicentre cohort study. *Intensive Care Med*, 2002; 28:108-121.
24. Sales JJAL, David CM, Hatum RM, Souza PCSP, Japiassú A, Pinheiro CTS, et al. Sepse Brasil: estudo epidemiológico da sepse em Unidades de Terapia Intensiva brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006; 18(1):9-17.
25. Mori S, Iuriko KK, Silva DV, Zanei SSV, Whitaker IY. Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva. Revisão de literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(1):58-64.
26. Carvalho CRR. Pneumonia associada a ventilação mecânica.editorial. *J Bras Pneumol*. 2006;32(4):xx-xxii
27. Garcia RA. Critérios de internação e de alta na UTI. In *Medicina Intensiva*, David CM, cap 8, pags 109-114. Ed Revinter. 2004.
28. Educação continuada. www.amib.org.br. Acesso em 14 de junho de 2010.
29. Hennessy D; Juzwishin K; Yergens D; Noseworthy T; Doig C. Outcomes of elderly survivors of intensive Care : A Review of the Literature. (*CHEST* 2005; 127:1764–1774)
30. Zaslavsky C; Gus I. Idoso. Doença Cardíaca e Comorbidades. *Arq Bras Cardiol*, volume 79 (nº 6), 635-9, 2002.

31. Lerolle N; Trinquart L; Bornstain C; Tadie JM ; Imbert A; Diehl JL; Fagon JY; Gue' rot E. Increased intensity of treatment and decreased mortality in elderly patients in an intensive care unit over a decade. Crit Care Med 2010 Vol. 38, No. 1.
32. Kaarlola A; Tallgren M; Pettilä V. Long-term survival, quality of life, and quality-adjusted life-years among critically ill elderly patients. Crit Care Med 2006 Vol. 34, No.
33. Silva JAV, Bós AJG. Causas de internação e comorbidades em nonagenários admitidos na UTI. trabalho apresentado na IV Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2009
34. Acuña K, Costa E, grover A, Camelo A, Santos Júnior R. Características Clínico-Epidemiológicas de Adultos e Idosos Atendidos em Unidade de Terapia Intensiva Pública da Amazônia (Rio Branco, Acre). RBTI 2007;19:3:304-309.
35. Noortgate NID, Vogerlaers D, Afschrift M, Clardyn F. Intensive care for very elderly patients: outcomes and risk factors for in-hospital mortality. Age and Ageing 1999;28:253-256.
36. Vosylius V, Sipylaite J, Ivaskevicius J. Determinants of outcome in elderly patients. Admitted to the intensive care unit, Age and Ageing 2005; 34: 157–162.
37. Silva TJA, Jerussalmy CS, Farfel JM, Curiati JAE, Jacob-Filho W. Predictors of in-hospital mortality among older patients. Clinics 2009;64(7):613-8.
38. Stein FC; Barros KR; Feitosa FS; Toledo DO; Silva JMS; Isola AM; Rezende E. Fatores prognósticos em pacientes idosos admitidos em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(3):255-261.
39. Giacomim K. Avaliação funcional: o que é função, como avaliar função e como lidar com as perdas. In: Saúde do idoso. Saldanha AL; Caldas CP; Unidade IV, p.132-143. 2ª ed. Ed. Interciência.

40. Hughes JC, Jolley D, Jordan A, Sampson EL. Palliative care in dementia: issues and evidence. *Advances in Psychiatric Treatment* (2007), vol. 13, 251-260.
41. Morrow A. Palliative Care for Stroke; disponível em dying.about.com/od/neurological/a/stroke.htm. Acesso em 01 de novembro de 2009
42. Terzi CB, Lage SG, Dragosavac D, Terzi RGG. Insuficiência Cardíaca Grave em Unidade de Terapia Intensiva. Existe um Índice Prognóstico Ideal, *Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 87, Nº 3, Setembro 2006*.
43. Seamark DA, Seamark SJ, Halpin DMJ. Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease: a review for clinicians, *J R Soc Med* 2007; 100:225-233.
44. Código de ética médica.
<http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp>. acesso em 01 de junho de 2010.
45. Severo GC, Girardon-perlini NMO. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Scientia Medica, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 1, jan./mar. 2005*.
46. Nelson JE, Angus DC, Weissfeld LA, Puntillo KA, Danis M, Deal D, et al; for the Critical Care Peer Workgroup of the Promoting Excellence in End-of-Life Care Project, End-of-life care for the critically ill: A national intensive care unit survey. *Crit Care Med* 2006 Vol. 34, No. 10.
47. Connors AFJ, Dawson NV, Desbiens NA, Fulkerson WJJ, Goldman L, Knaus WA, et al. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *JAMA* 274:1591-1598, 1995.
48. Hanks G, Cherny NI, Portenoy RK, Kaasa S, Fallon M, Christakis N, Introduction to the fourth edition: facing the challenges of continuity and change. In *Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed, pag 1-5. Oxford University Press, 2009*

49. Burlá C. Palição: cuidados ao fim da vida. In: Freitas EV, Py L et al. (orgs.) Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1079-1088.
50. Burlá C, Py L. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004, p. 125 – 132.
51. Pessini L, cap II, in Distanasia, até quando prolongar a vida, pag263-284, ed Loyola. 2007.
52. Costa-Filho RC, Costa JLF, Gutierrez FLB, Mesquita A. Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva, RBTI 2008;20:1:88-92.
53. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Downey L, Shannon SE, Braungardt E. Integrating Palliative and Critical Care, Evaluation of a Quality-Improvement Intervention, Am J Respir Crit Care Med Vol 178. pp 269–275, 2008
54. Munday D; Petrova M. Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. BMJ 1990; 301:415-417.
55. Hawkins NA; Ditto PH; Danks JH; Smucker WD. Micromanaging Death: Process Preferences, Values, and Goals in End-of-Life Medical Decision Making. The Gerontologist. Volume 45, Issue 1. Pp. 107-117.
56. Souza RP; Humanização da UTI. in Medicina Intensiva, David CM, cap 6, pags 41-51, Ed Revinter.
57. Wallau RA; Guimarães HP; Falcão LFR; Lopes RD; Leal PHR, Senna APR;

Alheira RG; Machado FR; Amaral JLG; Qualidade e Humanização do Atendimento em Medicina Intensiva. Qual a Visão dos Familiares? RBTI - Revista Brasileira Terapia Intensiva Volume 18 - Número 1 - Janeiro/Março 2006.

58. Delgado-Guay MV, Parsons HA, Li Z, Palmer LJ, Bruera E. Symptom distress, interventions, and outcomes of intensive care unit cancer patients referred to a palliative care consult team, *Cancer*, Volume 115 Issue 2, Pages 437 – 445.

59. Campbell, ML. Palliative care consultation in the intensive care unit, *Crit. Car. Med.* November 2006 - Volume 34 - Issue 11.

60. Bakitas M, Lyons CD, Hegel MT, et al. Project ENABLE II Randomized Controlled Trial Outcomes in Patients With Advanced Cancer: The Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical. *JAMA*. 2009;302(7):741-749.

61. Coeh SL, Predergast T.J., Palliative medicine in intensive care. In *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. Oxford University Press, 2009, pag 1291-1295.

62. Loncán P; Gisbert A; Fernández C; Valentín R; Teixidó A; Vidaurreta R; et al; Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. In *Palliative care and Intensive Medicine in health care at the end of life in the XXI century*. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007 Vol. 30, Suplemento.

Quadro: Fatores considerados desagradáveis pelos pacientes na UTI

Ambiente pouco acolhedor;

Fomenta ansiedade e insegurança;

Compartilhamento do mesmo espaço com outros doentes;

Afastamento da família;

Exposição do corpo para estranhos;

Falta de orientação no tempo e espaço;

Falta de comunicação sobre os cuidados as quais estão sendo submetidos;

VI.3 Artigo 3 – Título: Cuidados paliativos: uma proposta de assistência ao idoso portador de doenças crônicas não-transmissíveis.

Autores: Anelise Fonseca, Daniel Lima Azevedo, Maria de Jesus Mendes da Fonseca

RESUMO

Os cuidados paliativos (CP) são medidas de conforto que visam amenizar os sintomas desagradáveis provocados pela progressão de uma doença. Estão em um momento de grande expansão e visibilidade global, especialmente diante do envelhecimento da população mundial, da maior longevidade proporcional da população idosa e do aumento da prevalência das doenças Crônico-degenerativas. Os CP podem ser úteis durante toda a evolução destas patologias, independente da fase em que o paciente se encontre, pois neste cenário os enfermos podem sofrer perdas progressivas de sua capacidade funcional. E, para que a atenção a saúde, em uma situação como essa, contemple a integralidade do cuidado, é preciso contar com profissionais que tenham um de treinamento adequado para maximizar suas competências técnica e humana. Do mesmo modo as famílias demandam uma abordagem diferenciada no intuito de dividir responsabilidade com a equipe de saúde responsável pelo paciente. São nestes objetivos que os CP se propõem a atuar, cuidando dos idosos e de suas famílias. Este artigo tem como objetivo apresentar os CP como uma forma natural de cuidado para os idosos portadores de doenças crônicas e propor sua integração a rotina de uma equipe de profissionais da saúde.

Palavras-chave – Cuidados Paliativos; Idoso; Doença Crônica-degenerativa.

ABSTRACT

The palliative cares (CP) are measured of comfort that they aim at to brighten up the awkward symptoms provoked by the progression of an illness. They are at a moment of great expansion and global visibility, especially ahead of the aging of the world-wide population, the biggest proportional longevity of the aged population and the increase of the prevalence of the cronicodegenerativas illnesses. The CP can be useful during all the evolution of these patologias, independent of the phase where the patient if finds, therefore in this scene the patients can suffer gradual losses of its functional capacity. E, so that the attention the health, in a situation as this, contemplates the completeness of the care, is necessary to count on professionals who have one of training adjusted to maximize its abilities technique and human being. In a similar way the families demand a boarding differentiated in intention to divide responsibility with the team of responsible health for the patient. They are in these objectives that the CP if consider to act, taking care of of the aged ones and its families. This article has as objective to present the CP as a natural form of care for the aged carriers of chronic illnesses and to consider its integration the routine of a team of professionals of the health. Word-key - well-taken care of palliative - aged - Chronicle-degenerative Illness.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são medidas de conforto oferecidas por uma equipe de saúde cujo objetivo é amenizar os sintomas desagradáveis provocados pela progressão de uma doença. Na prática, são intervenções na saúde do doente realizadas por uma equipe interdisciplinar que conjuga profissionais de ciências da saúde, sociais e humanas atuando em diversas esferas, desde o domicílio até a internação em instituições específicas para esse tipo de cuidado (chamadas de *hospices*)¹.

Os CP podem ser úteis durante todo o curso de qualquer doença crônica devendo ser pautados pela ênfase no alívio. Esse tipo de abordagem não visa à cura e é independente do prognóstico, devendo ser aplicada em paralelo com o tratamento curativo. A prioridade dos CP é oferecer a melhor qualidade de vida possível aos doentes².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou uma definição de CP na década de 90 direcionada inicialmente aos pacientes oncológicos e àqueles portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida. Em 2002, essa definição foi ampliada para os portadores de doenças crônico-degenerativas. Burlá³ traduziu o conceito da OMS de forma próxima ao original: “...uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente aos problemas associados às doenças que põem em risco a vida.”

A extensão do conceito de CP pela OMS preenche uma lacuna aberta pelo processo de envelhecimento e se enquadra no movimento *hospice* moderno. Camarano⁴ afirma que o envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Isto significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. A questão é que, conforme a idade avança, a presença das doenças denominadas Crônico-degenerativas (DCNT) cujas características marcantes são a

progressão e incurabilidade torna-se mais comum. São exemplos destas enfermidades a Cardiomiopatia de qualquer etiologia, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Demências, Esclerose Lateral Amiotrófica, Neoplasias, Diabetes e Osteomiopatis. Estas patologias estão relacionadas com uma série de sinais e sintomas desagradáveis geradores de inquietude e sofrimento, seja por ansiedade, dor, imobilidade, dispnéia dentre outras consequências. Diante destes fatos, os CP podem ser intervenções aplicadas em uma fase terminal de doença para que haja a possibilidade de um convívio menos desgastante para o enfermo. Neste contexto, a tentativa é de proporcionar um bem estar e a qualidade de vida desejosa por ele. O objetivo deste artigo é discutir os CP como uma modalidade de cuidado para os idosos portadores de DCNT.

CP EM IDOSOS PORTADORES DE DCNT

Com o desenvolvimento biotecnológico, o tratamento das DCNT tornou-se viável e, por conseguinte, aumentou a expectativa de vida. A inclusão dos idosos no planejamento e execução do cuidado envolvendo as DCNT é o desafio deste século, pois se o desenvolvimento biotecnológico permitiu a longevidade e a manutenção da vida, os custos para isso, em contrapartida, foram elevados. Um cuidado coordenado destes tipos de doenças poderá ser uma ferramenta útil para o planejamento de saúde e alocação de recursos.

Goldstein e Meier⁵ propõem que o cuidado com saúde dos idosos deveria ser direcionada para a manutenção do seu estado funcional e sugerem que ela seja realizada através da identificação e do tratamento das grandes síndromes geriátricas: imobilidade, instabilidade postural, iatrogenia, incontinência, demência e fragilidade. Nesse modelo, o conceito de CP, como um programa assistencial, preenche os requisitos desta

proposta, pois o emprego da palição permite a redução do desconforto físico e mental, independente da idade, da doença ou do local de tratamento.

Exemplos de doenças que podem se beneficiar dessa forma diferenciada de atenção são aquelas com comprometimento neurológico, como a doença de Parkinson e as demências. Projeções atuais alertam que, dentro de poucos anos, cerca de metade da população com 85 anos ou mais apresentará alguma forma de demência, sendo a doença de Alzheimer (DA) o tipo mais comum⁶. Seus portadores sofrerão perdas progressivas da autonomia e da independência, requerendo suporte para execução até das tarefas mais básicas. Para que a atenção a saúde, em uma situação como essa, contemple o paciente de forma integral, os profissionais precisam de treinamento adequado para maximizar suas competências técnica e humana. As famílias, do mesmo modo, demandam uma abordagem peculiar que as motive a compreender e as capacite a fim de participar deste cuidado, no intuito de dividir responsabilidades com a equipe de saúde, uma vez que estão em contato direto com o enfermo no domicílio.

De uma forma didática, Roja⁷ propõe a aplicação de uma abordagem paliativista ao indivíduo com demência. Inicialmente, após diagnóstico, os CP podem auxiliar: na avaliação de indicações farmacológicas para a doença de base e concomitantes, como a depressão e ansiedade; no planejamento do cuidado em consonância com a família, como a modificação ambiental, no compartilhamento de medos e frustrações, no aconselhamento jurídico e através do incentivo a participação de grupos de apoio. Na progressão da doença, a equipe poderá estar envolvida com o atendimento sobre transtorno de conduta e na gestão de problemas específicos, tais como insônia, imobilidade, déficit motores e sensoriais, incontinência, agitação, inapetência e disfagia; na fase avançada da doença, quando costumam acontecer quedas (com elevado risco de fraturas e conseqüente elevada mortalidade), infecções e incontinência urinária e fecal,

as medidas paliativas são ferramentas adequadas para o cuidado. A maior dificuldade, na demência, consiste em identificar corretamente as complicações clínicas, uma vez que os sinais e sintomas são inespecíficos e atípicos. Um exemplo é a dor. Sabe-se que é um agravo incapacitante e gerador de complicações no idoso. De acordo com Augusto e cols⁸ é comum a presença de alterações na percepção da dor em pacientes com DA pela limitação da função cognitiva e afetiva. A avaliação da dor torna-se mais complexa, pois esses idosos geralmente apresentam dificuldades de comunicação que dificultam a articulação das sensações dolorosas e a avaliação da eficácia do tratamento. Esse tipo de doença exige, portanto, uma abordagem diferenciada que abranja todos os envolvidos, equipe de saúde, enfermo e seus entes próximos.

Assim, o fator de maior relevância para o sucesso do emprego dos CP em idosos portadores de DCNT é uma equipe de trabalho capacitada em atender com eficiência as demandas do paciente e de sua família.

A EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Os serviços de práticas paliativas envolvem esforços conjuntos de profissionais sendo os familiares aliados fundamentais. As famílias funcionam como um elo importante entre a equipe de saúde e o doente. Todos os envolvidos devem trabalhar sincronizados e focados em um objetivo: aliviar o sofrimento em suas diversas dimensões.

Não existe um lugar específico para a atuação da equipe de CP, pois poderá atuar como: parecerista em hospital geral; em enfermaria própria; em ambulatório interdisciplinar; diretamente no domicílio e até mesmo na Unidade de Terapia Intensiva. O diferencial são as pessoas que executam o trabalho e não o local designado para ele.

Haugen e cols⁹ afirmam que a interdisciplinaridade é crucial na condução dos CP. As intervenções são realizadas por profissionais que se complementam na elaboração, definição, execução do plano terapêutico e avaliam os resultados das ações propostas. No campo da saúde, médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas são exemplos de profissionais voltados para os sinais e sintomas de desconforto físico, utilizando medicações e intervenções não-farmacológicas para restabelecer o equilíbrio.

Cada profissional atua conforme sua área seja através da prescrição de drogas, do suporte ventilatório não-invasivo, da troca de curativos ou de sugestões nutricionais. O acompanhamento dessas medidas e a verificação de seus resultados podem ser realizados através da medição sistemática dos sinais e sintomas utilizando instrumentos tais como escalas de dor e nutrição, questionamento de familiares e cuidadores¹⁰.

Concomitantemente, os profissionais da assistência social e da saúde mental trabalham na orientação de questões práticas referentes aos direitos e deveres do paciente e seus familiares e na resolução de conflitos. As competências individuais somam-se para garantir o bem-estar global do paciente. Os profissionais atuam de forma harmônica, complementando-se, pode agregar a esta equipe inclusive um capelão, importante elo com a comunidade local e valorização espiritual do enfermo, assim como terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas e advogados¹¹. A assistência sistematizada é uma das características da palição e é de suma importância para oferecer o conforto desejado, uma vez que ocorre em um cenário complexo, de piora clínica progressiva, que culmina na morte. Não apenas as queixas físicas são rotineiras, como também todo o conjunto de sintomas emocionais desconfortantes, advindos do sofrimento pelo estado de saúde, pela solidão individual, pelo desarranjo familiar e pela ocasional ausência de amigos e entes queridos nesse momento¹².

Graças a essa forma diferenciada do cuidado as ações paliativas direcionadas a atenção integral à saúde, adequa-se as necessidades do idoso portador de doença crônica. A base dos CP é prover um suporte multidimensional que auxilie o enfermo a viver o mais confortável possível, de forma ativa e criativa, até o momento de sua morte. Esse bem-estar, quando o foco da discussão recai sobre portadores de DCNT, passa a ser a promoção de um “convívio harmônico” com as sequelas e, quando possível, o controle da progressão da doença e dos sintomas.

A qualidade de vida almejada só será atingida quando o paciente confirmar que seus valores e desejos, no sentido mais amplo, foram alcançados. Esse retorno contínuo, por parte do paciente sobre seu estado de saúde, após algum tipo de intervenção proposta é necessário para permitir aos profissionais que ajustem o plano terapêutico e tenham a certeza do alcance do resultado esperado por parte do enfermo. Nesse caso, a intenção é minimizar sintomas e, se possível, eliminá-los, sabendo que a doença estará presente até o final da vida.

Diante do que foi apresentado, seria razoável indagar: por que os CP não estão sendo praticados em larga escala nos serviços de saúde, em especial naqueles que atendem os idosos? Como é possível que ainda seja elevado o número de pacientes que morrem em um hospital, por exemplo, sem a adequada palição de seus sintomas^{13, 14}? Na prática, observa-se o surgimento e ampliação de iniciativas para o uso das práticas paliativas CP e um dos fatores para esta disseminação é o estímulo a capacitação técnica dos profissionais.

A EDUCAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS: DESAFIOS PARA A GESTÃO NO BRASIL

Uma possível explicação para a aplicação ainda reduzida de CP no Brasil pode ser a formalização recente desse campo do conhecimento. No mundo, as medidas paliativas já são difundidas e empregadas de forma substancial em muitos países há mais de duas décadas. A medicina paliativa (MP) foi reconhecida como especialidade pela primeira vez na Inglaterra, em 1987. Em seguida, o mesmo aconteceu nos EUA (1989) e na Irlanda (1995). Na Polônia, Romênia e Alemanha, a MP é considerada uma área de atuação desde 1999. Já na República Tcheca, Noruega e Suécia ela se encontra na fase de certificação^{15,16}.

No Brasil, o Ministério da Educação (MEC) não reconhece qualquer especialização em CP apenas certifica as existentes como um curso de pós-graduação *lato sensu* pela Resolução CNE/CES N°01 de 08/06/2007¹⁷. Na realidade brasileira, os cursos de capacitação são esparsos e ainda há resistência ao debate sobre o assunto, o que reforça a ideia de que somente com uma mudança substancial na gestão do conhecimento e nos currículos de graduação dos profissionais de saúde é que os CP terão a oportunidade de serem consolidados.

Parte dessa mudança a favor da educação em CP poderá emergir do interesse dos profissionais, essencialmente da área assistencial da saúde, por vivenciarem as dificuldades do processo de morrer e porque talvez sejam os que possam reunir informações e argumentos mais consistentes sobre a prática do “cuidar”. Rodrigues¹⁸, em sua dissertação de mestrado, cita algumas dificuldades para a disseminação dos CP. O tamanho continental do Brasil, as desigualdades sociais e econômicas com os respectivos reflexos no acesso ao sistema de saúde, as dificuldades no acesso as medicações e a formação educacional na área da saúde seriam as principais barreiras.

Contudo, ao analisar as políticas para os CP, o autor afirma que foi a partir das portarias números 3535, de 1998, e 881 de 2001, que enfatizam o trabalho multiprofissional e instituem o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que o paliativismo foi cadastrado como um serviço incluso na área da oncologia. Em 2002, o governo elaborou a portaria número 19, ampliando a inserção dos CP para o SUS, inserindo-os no programa de assistência a dor. No primeiro artigo, portaria 3535, consta a seguinte afirmação: “estimular a organização de serviços multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem de CP”. Já a portaria 1319, de julho de 2002 criou os centros de referência em tratamento da dor, que subsidiam e estimulam a implantação dos serviços de CP no Brasil. Atualmente, existe um comitê de CP no Conselho Federal de Medicina atuante no incentivo ao esclarecimento e desenvolvimento a respeito dos CP no Brasil em outubro de 2010 foi reconhecido pela área médica como área de atuação na geriatria, pediatria, clínica médica e saúde da família.

Porém há outra barreira a ser vencida para que os CP possam ser debatidos com maturidade: o silêncio sobre a morte. Nas palavras do paliativista canadense David Kuhl¹⁹ “...falar sobre morrer é muito difícil. Tememos que falar sobre isso possa atrair a morte.” Esse silêncio precisa ser rompido, o que implica o enfrentamento de questões existencialistas. O ser humano descobre-se impotente diante da morte, uma vez que tem a certeza que acontecerá mas é incapaz de precisar quando e como. Considerar a ideia da própria morte pode ser inquietante: trata-se da contemplação do abismo da finitude que esmaga a soberba humana.

Hanks e cols²⁰ afirmaram que pesquisar a morte envolve mergulhar fundo em manifestações dos pacientes, dos seus familiares, da equipe de saúde e da sociedade. Segundo eles, o maior desafio dos CP seria conseguir abarcar todas as dimensões do ser

humano. Uma delas seria compreender o que seria a “boa morte” e se ela realmente existe.

Rachel Aisengart²¹, em sua tese de doutorado, afirmou que: “... *'boa morte'* é amplamente divulgada e debatida, desde os primórdios do movimento pelos CP...” e que o objetivo a ser alcançado para a morte “digna” é a qualidade de vida ao longo do tempo, se possível atrelada a manutenção da identidade social do doente. Isso depende da comunicação transparente e cuidadosa, seguida do cumprimento dos anseios do moribundo. Esses atributos são parte integrante do cuidado. Para que o doente possa decidir sobre seus últimos desejos, é necessário um processo de negociação com o profissional e com seus familiares. Em outro artigo²², a autora citou que: “... *para que a meta da “boa morte” seja alcançada, a equipe médica deve reconhecer seus limites e saber que uma morte pacífica pode ser uma das metas de seu trabalho...*”

Weisman e Hackett²³ denominaram “morte apropriada” aquela em que se reconhece a morte propriamente dita como se fosse a realização da vida. Ela depende de quatro premissas: a redução do conflito intrapessoal, a compatibilidade com os próprios ideais, a recuperação ou a preservação de importantes vínculos e, por último, a consumação dos desejos. De qualquer forma, persiste a discussão e é possível que não haja resposta assertiva, pois não se encontra na concretude e sim no subjetivo a construção pessoal dessa morte.

Enquanto os fármacos tratam a dor, como abordar o sofrimento e auxiliar na construção da “morte apropriada”? É preciso associar a assistência espiritual e o suporte psicológico, pois ambos são fundamentais. Entretanto, mesmo com esses recursos, o sofrimento pode persistir, e por isso se exige maturidade do profissional atuante: uma base sólida em psicologia, filosofia, antropologia e outras ciências humanas.

A aplicação dos CP aspira à compreensão daquilo que é mais profundamente respeitável para cada um, uma característica individual e que depende dos elementos construtores da personalidade. Não basta educar os profissionais em relação aos cuidados que eles devem prestar aos pacientes. É preciso oferecer a eles o apoio psicológico que lhes permita sobrepujar suas dificuldades individuais para lidar com situações tão penosas e intimamente humanas²⁴. A partir da dificuldade em se discutir a morte, persiste a dúvida: como esse assunto poderia estar inserido na formação do profissional para que se possa avançar o debate sobre a palição.

Azeredo²⁵, em sua dissertação de mestrado, através da análise de questionários em estudantes de medicina do oitavo período da UFRGS, apontou o medo, a impotência e o desprezo pela morte como três características presentes no estudo e conclui a necessidade de ampliar os espaços de discussão para aproximar a “morte e o morrer” e a formação médica. Esse autor acrescentou que os próprios alunos afirmaram o desejo de ter em sua formação uma oportunidade de repensar suas emoções.

Moritz²⁶ discutiu a postura dos médicos perante a morte. Diz que está enraizada na formação médica a meta de salvar vidas. Consequentemente, a morte acaba sendo encarada como temerosa e os médicos procuram evitá-la a todo e qualquer custo.

Novács²⁷ ao falar sobre a educação para a morte verificou que os profissionais, ao cuidarem de pacientes próximos de morrer, para não estabelecerem vínculos mais estreitos, realizam suas atividades de maneira rotineira, superdimensionando os aspectos técnicos. A autora afirmou que o despreparo para lidar com a morte tem como causas questões culturais, espirituais e o ensino na área de saúde, já que este enfatiza a formação técnico-científica em detrimento da abordagem dos aspectos emocionais e sociais. Nesse sentido, muitas vezes a morte pode ser percebida com derrota, uma frustração pessoal que transcende a limitação técnica. A partir desse levantamento,

Novács se envolveu na criação de uma disciplina de graduação e pós-graduação, no curso de psicologia da USP, chamada “psicologia da morte” e em 1999, na condição de docente, passou a oferecer o "Curso de Extensão Profissional de Saúde e Educação: a morte na prática do seu cotidiano".

Figueredo²⁸ é outro autor envolvido com a educação dos profissionais de saúde em CP. Interessou-se pelo tema em 1992 quando, na unidade hospitalar, conheceu enfermeiras que se dedicavam ao trabalho de aliviar e consolar doentes e, ao mesmo tempo, observou que os médicos resistiam aos CP. Em suas palavras: “... *eu fiquei chocado com a preconceituosa atitude de repulsa dos médicos em relação aos CP...*”. Em 1994, inseriu um curso de CP multiprofissional, extracurricular, com o apoio dos alunos, e em 1998 elaborou a disciplina eletiva de CP juntamente com o ambulatório de CP na mesma escola médica. Esse médico é considerado o “pai dos CP no Brasil” e é um dos sócios-fundadores da *International Association for Hospice and Palliative Care*.

Quando o debate volta-se para a prática paliativista multiprofissional em serviços próprios para esse tipo de trabalho, o histórico brasileiro mostra que o primeiro serviço de CP despontou no Rio Grande do Sul, em 1983; o segundo, em São Paulo, em 1986 e, em 1989, em Santa Catarina. Em 1999 foi criada a unidade de CP no hospital Emilio Ribas, em São Paulo. No Rio de Janeiro, o Hospital do Câncer IV, do Instituto Nacional do Câncer, funciona desde 1989 exclusivamente para os CP nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação hospitalar e assistência domiciliar e é referência nacional no ensino e capacitação de profissionais de diversas áreas para o atendimento em cuidados paliativos²⁹. O INCA oferece também pós-graduação *latu sensu* em enfermagem e medicina paliativa desde a década de 1990 sob forma de residência multiprofissional. Em 2000, no hospital dos Servidores do Estado de São Paulo, foi inaugurado o serviço de CP inserido na assistência domiciliar que se

desdobrou para a enfermagem em 2002, sob responsabilidade da Dra Maria Goretti Maciel.

Importante pontuar que todos esses serviços focavam, em sua origem, pacientes portadores de neoplasias. Entretanto, em função da epidemia da AIDS, infectologistas e médicos de família passaram a apresentar interesse pelo tema, da mesma forma que os geriatras, pois com o envelhecimento populacional e ao aumento das DCNT, há uma demanda crescente de idosos que podem usufruir das medidas paliativas. Desta forma, ao se defrontar com esta realidade, surge a necessidade de publicações que auxiliem na atualização teórica dos profissionais. O que se segue é o panorama da relação entre CP e DCNT em um portal de busca frequentemente utilizado, o *Pubmed*.

OS TEMAS CUIDADOS PALIATIVOS E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS NO PORTAL PUBMED

Ao refletir sobre a necessidade de os CP estarem mais presentes na rotina dos profissionais de saúde que trabalham com o envelhecimento e na tentativa de esclarecer se há escassez de publicações que abordem práticas paliativas relacionadas às DCNT, foi realizada uma pesquisa bibliográfica no portal *Pubmed* abordando os dois temas: CP e DCNT. A finalidade foi apresentar uma revisão bibliográfica das publicações nos últimos 40 anos, limitados apenas pela idade (acima de 65 anos) e nos idiomas inglês e português. O foco residiu em mostrar quantitativamente como os dois assuntos figuram no portal. O levantamento bibliográfico foi realizado com as palavras isoladas e associadas. (tabela).

Verificou-se que o número de artigos científicos publicados no portal escolhido sobre CP e DCNT vem aumentando ao longo dos últimos 40 anos. Isso está de acordo com qualquer assunto em voga na atualidade. O interessante é que ao cruzar os termos,

o aumento é proporcionalmente maior do que quando isolados. A partir dos anos 80, o número de artigos envolvendo os termos associados triplica, ao contrário de quando os assuntos são procurados isoladamente. Outra curiosidade está na rápida ascensão temporal do número de revisões disponíveis com a interseção dos temas. Só na última década, foram publicadas 40 revisões sobre CP.

Esse levantamento confirma a existência de artigos disponíveis para auxiliar os profissionais de saúde que trabalham com idosos portadores de doenças crônicas. E aponta que os CP são uma realidade na área da saúde e passível de despertar a curiosidade daqueles que trabalham com o envelhecimento. A disseminação desse conhecimento poderá promover a palição e assim envolver um maior número de participantes no tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo discute a proposta dos CP como uma modalidade de atendimento ao idoso portador de DCNT. Apresentou de uma forma sintética os CP, mostrou de que forma os CP podem estar sendo utilizados no plano de cuidado e como atua uma equipe de paliativistas, tentando apontar que a filosofia da palição poderá ser útil ao tratamento já dispensado aos idosos.

Mesmo com o crescimento da valorização dos CP, a discussão sobre a palição precisa estar mais inserida no campo político, educacional e na gestão de serviços. No que tange o manejo os idosos portadores de DCNT, o debate deverá estar presente tanto na assistência quanto na organização dos serviços. A dúvida persistente e tampouco respondida neste trabalho é o porquê deste distanciamento por parte dos agentes envolvidos, como o governo na elaboração e incentivos as políticas, os profissionais de saúde e a sociedade brasileira perante o assunto. Como e quais os modelos de CP que

poderão estar inseridos no contexto da atenção primária e hospitalar, público ou privado, para sua ampliação.

São várias as razões direcionadas para este fato, porém a cultural deve ser considerada como a principal barreira. Tendo em vista os recentes incentivos governamentais, o crescimento da literatura disponível para o esclarecimento e atualização dos profissionais e ainda corroborando, a progressão do desenvolvimento de serviços de saúde que dispõe dos CP em seu rol de atendimentos. O amadurecimento da sociedade brasileira se faz necessária para que esses assuntos possam ser tratados de forma que se amplie o número de interessados. A divulgação dos CP como medidas adjuvantes no cuidado de idosos portadores de DCNT é um importante aliado deste amadurecimento na medida em que se propõe a cuidar destes enfermos até seus últimos momentos, celebrando seus feitos, amortizando seu sofrimento, contribuindo de alguma forma com uma morte menos sofrida.

COLABORADORES

A Fonseca trabalhou na idéia inicial, no delineamento e revisão do texto; D Azevedo auxiliou no delineamento e revisão. MJM Fonseca fez todos os ajustes e correções além da revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Floriani CA. *Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte*. [Tese]. Rio de Janeiro:Escola Nacional de Saúde Pública; 2009.
2. Saunders C. Foreword. In: Hanks G, Cherny NI, Calman K, Doyle D. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3ª ed. New York: Oxford University Press; 2003, p. xvii-xx.
3. Burlá C Palição: cuidados ao fim da vida. In: Freitas EV, Py L et al. (orgs.) *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1079-1088.
4. Camarano AM. http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2002/td_0858.pdf - acesso em 24 de out de 2009.
5. Golstein NE, Meier DE, Palliative medicine in older adults. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. Oxford University Press, 2009, p.1386-1399.
6. Saad, PM; Camargo ABM. O envelhecimento populacional e suas conseqüências. São Paulo *Perspect*;3(3):40-45, jul.-set. 1989. Ilus. Disponível on line. Acesso em 29 de novembro de 2009.
7. Rojas CJ. Cuidados paliativos en pacientes con demencia avanzada; www.fundalzheimer.com. Acesso em 06 de março de 2010.
8. Augusto ACC; Soares CPS; Resende MA; Pereira LSM; Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica; *Textos Envelhecimento* v.7 n.1 Rio de Janeiro 2004. UnATI/ UERJ.

9. Haugen DF; Nauck F; Caraceni A; The core team and the extended team. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th Ed, p.167-183. Oxford University Press, 2009.
10. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamento e princípios. In: Carvalho RT. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, Ed. Diagraphic, 2009, p. 14-19.
11. McAfee C; Cochrane B; Waldron M; Hasson F; Kernohan GW. Chaplains working in a hospice palliative care team recount the spiritual challenges at the end-of-life. Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy Vol. 9. No. 2. 2006.
12. Lickiss JN, Turner KS, Pollock ML. The interdisciplinary team. In: Doyle D. Oxford Textbook of Palliative Care. 3rd edition, Oxford, Oxford University Press 2005, p. 42-46.
13. Py L; Burlá C. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. In Humanização e Cuidados Paliativos, cap. 8, Ed. Loyola 2006.
14. Angus DC, Barnato AE: Use of intensive care at the end of live in the United States: An epidemiologic study. Crit Care Med, 2004, 32 (3), 638-643.
15. Palliative Medicine National Training Programme for Scotland FAQs. In: www.nes.scot.nhs.uk/medicine/postgraduate_training/specialty/documents/PalliativeMedicineFAQs.pdf. disponível on line. Acesso em 15 de novembro de 2009.
16. Clark D; Internacional Progress in Creating Palliative Medicine as a specialized discipline, in Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. Oxford University Press, 2009, pag 09-16.

17. Resolução CNE/CES no 01 de 08/06/2007. Acesso em 04 de dezembro de 2010.
http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf
18. Rodrigues IG. Cuidados paliativos. Análise de conceito. Dissertação de mestrado pela Escola de enfermagem da USP, em 2004.
19. Kuhl D. Introduction: Facing Death. In: What Dying People Want, New York, PublicAffairs, 2002, p. xv
20. Hanks G, Cherny NI, Portenoy RK, Kaasa S, Fallon M, Christakis N, Introduction to the fourth edition: facing the challenges of continuity and change. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed, pag 1-5. Oxford University Press, 2009.
21. Menezes RA. Em busca da “boa morte”: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos. [Tese]. Rio de Janeiro. ENSP/Fiocruz;2004.
22. Menezes RA. Tecnologia e “Morte Natural”: o Morrer na Contemporaneidade. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(2):129-147, 2003.
23. Weisman AD, Hackett TP. Predilection to Death: Death and Dying as a Psychiatric Problem. *Psychosom Med* 1961; XXIII(3):232-56.
24. Nunes LV. Papel do psicólogo na equipe de cuidados Paliativos. In: Carvalho RT. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, Diagraphic, 2009, p. 218-20.
25. Azeredo NSG; O acadêmico de medicina frente a morte: questões para se (re)pensar a formação. Dissertação de mestrado, UFRGS, 2007.
26. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética* 2005 – 13(2).
27. Kovács MJ. Educação para a morte. Temas e reflexões. Ed FAPESP.2003

28. Figueredo MTA, Educação em Cuidados paliativos – uma experiência brasileira.
http://direitodoidoso.braslink.com/pdf/Educacao_cuidados_paliativos.pdf. Acesso em
 14 de março de 2010.
29. Melo AGC, Os cuidados paliativos na Brasil, In: Pessini L, Bertachini L.
 Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004, p. 291- 299.

Tabela – Distribuição proporcional dos artigos selecionados com os termos – *palliative care, chronic disease* – isolados e cruzados – 1970-2009

Década	Palliative care		Chronic disease		Termos cruzados (palliative care and Chronic disease)	
	N	%	N	%	N	%
70-80	584	5.8	4.990	6.4	14	3.3
80-90	1.302	13	10.577	13.7	31	7.3
90-2000	2.879	28.9	22.030	28.5	94	22.2
2000-2009	5.194	52.1	39.558	51.2	283	67

CAPÍTULO 4

CONSIDERAÇÕES FINAIS

VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi dividido em três partes a fim de discutir inicialmente cada tema em separado, fazendo ao final, a superposição dos mesmos: no primeiro artigo foram abordados os CP como uma modalidade de atenção aos idosos portadores de doenças crônicas não-transmissíveis; no segundo a inserção dos CP na UTI nesta população e por último, a descrição do método de busca dos artigos que formaram a base de toda a dissertação.

Ao alinhar os quatro tópicos deste estudo: CP, idosos, doenças crônicas não-transmissíveis e UTI, a conclusão foi que são assuntos muito amplos, que oferecem margens a diferentes tipos de aprofundamento, além da percepção do crescimento considerável nas publicações nesta última década, seja quando se aplica a interseção dos termos CP e UTI, seja com CP e DCNT.

A proposta da palição não é deixar de “investir” ou “deixar de lado” o enfermo, tampouco não é “fazer nada” por ele. Pelo contrário, é estimular a mudança de paradigma. É um período de grande demanda por parte dos enfermos e de seus familiares, com muitas possibilidades de intervenções que nem sempre serão farmacológicas. A filosofia dos CP tem como cerne mostrar que a morte é irrevogável quando se pensa na existência do ser humano e que há meios para dignificá-la. Não há dúvidas sobre o quantitativo de literatura disponível para tornar os profissionais capazes de cuidar das pessoas que estão partindo, de uma forma menos angustiante e dolorosa, no sentido da “dor total”, como conceito cunhado pela fundadora do movimento *Hospice* moderno Cicely Saunders, e o mais importante, junto de sua família.

No que tange à área da saúde no Brasil, a despeito do que se poderia pensar, já existe um movimento de diferentes instituições e também do poder público a favor dos CP, inclusive com a participação da mídia³⁶⁻³⁸. O Conselho Federal de Medicina (CFM),

as três instâncias do governo, a saúde suplementar, operadoras de saúde, os prestadores de serviço e representantes do direito e das diferentes categorias profissionais relacionados à saúde, além da sociedade civil são exemplos de grupos envolvidos com esta temática. Existem movimentos isolados, porém crescentes na direção da consolidação dos CP como uma abordagem terapêutica, multiprofissional e sua implantação necessária como uma opção a ser oferecida para pacientes e familiares.

Um ponto considerado importante para que os CP sejam implantados da forma mais próxima do ideal reside na demanda por capacitação técnica adequada para cuidar dos idosos e mais ainda, em palição. Sabe-se que no Brasil, se o número de geriatras está aquém da real necessidade, o de gerontólogos mais ainda. É possível que o interesse e mais ainda, a elaboração de ações na área do envelhecimento, ainda esteja pequena, sendo esta escassez de profissionais apenas a expressão no ocorre em outras áreas. Há uma demanda não apenas para os profissionais de saúde em, ao menos, entender o processo do envelhecimento e suas características inerentes, como também para toda sociedade, em saber lidar com os idosos.

Ainda relacionado à capacitação de profissionais direcionados aos Cuidados Paliativos, especificamente no que tange ao campo da medicina, a Comissão Mista de Especialidade, formada por representantes do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira e da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, lançou um parecer favorável para a criação da área de atuação em Medicina Paliativa para algumas áreas, dentre elas a geriatria, a pediatria, a medicina de família e a clínica médica³⁹. Com a regulamentação no Brasil, prevê-se mudança na qualidade do atendimento aos pacientes que estejam em fase final de vida e, assim, o profissional da saúde terá a responsabilidade de se comprometer com a

garantia da qualidade no acompanhamento dos enfermos ao compor uma equipe de saúde que atende a idosos em situação de terminalidade.

Na realidade brasileira atual, é possível que a proximidade dos profissionais da terapia intensiva com os CP possa acelerar este processo, pois diante da disponibilidade de literatura sobre o tema e cursos de capacitação profissional disponíveis, mesmo que em número reduzido para a demanda neste momento, poderá contribuir para que os CP estejam cada vez mais presentes. Contudo, barreiras existentes sobre o tema devem ser ultrapassadas. Destacam-se duas: a cultural, de toda sociedade, relacionada possivelmente ao paternalismo existente em nosso meio e transportado essencialmente ao médico, aonde ele é treinado para “curar a doença” em detrimento, em parte, ao cuidado do ser humano que adquiriu uma enfermidade e é esta pessoa que deve ser o centro da atenção e não a doença que o habita; e a dificuldade do profissional da área da saúde, independente da sua categoria profissional, de discutir o processo de morte, de aceitar a morte como parte do ciclo da vida, potencializada pela falta de conhecimento teórico-prático sobre a palição, desde a graduação. No que tange a este último tópico, focar na graduação pode ser uma das propostas para que esta barreira possa ser cada vez mais reduzida.

Ao pensar em Saúde Pública, para iniciar a implantação de um serviço de CP, a sugestão é que os gestores devam se organizar e estabelecer duas frentes de ações. A primeira através da estruturação do serviço de Cuidados Paliativos, escolhendo um modelo inicial, seja ele na forma: de comissões ou um grupo de pareceristas; de enfermaria própria; de ambulatório; de leitos específicos em cada unidade hospitalar; ou no atendimento domiciliar e com a consolidação desde início, expandir e instituir outros serviços. A escolha dependerá do perfil dos enfermos e das necessidades de cada unidade de saúde. A segunda frente de trabalho seria a promoção da capacitação técnica

para aqueles interessados na palição, incentivando o debate nas unidades de saúde, motivando ao aprimoramento profissional e a participação dos mesmos na elaboração das políticas locais para o desenvolvimento dos CP em cada área de atuação. Independente do serviço proposto inicialmente, os resultados podem ser parametrizados de acordo com as metas propostas, seja para a desospitalização, para a organização hospitalar em oferecer suportes específicos de cuidado aos enfermos crônicos de forma continuada, na capacitação do familiar junto aos cuidados em domicílio e ou na redução do número de reinternações.

E, por fim, a expectativa é que as intervenções dos CP, na UTI, possam ser aplicadas sem causar constrangimento, sem dúvidas por parte dos profissionais, dos pacientes e dos familiares a partir da reunião de *expertise* e a construção de uma relação de confiança. Uma das sugestões seria que a equipe de terapia intensiva pudesse aprofundar as discussões em equipe a respeito da temática palição e elaborar rotinas que envolvam a bioética e a prescrição paliativa.

CAPÍTULO 5

BIBLIOGRAFIA E ANEXO

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Old JL; Swagerty DL. A practical Guide to Palliative Care. 1^a ed. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins;2007,p.3.
2. Lisboa TC. Lavanderia Hospitalar: integração homem, ambiente e função. 1993. Dissertação [mestrado em administração hospitalar] - Centro Universitário São Camilo.
3. Lynn J; Good care for some people, sometimes. In: Sick to death and not going to take it anymore!: Reforming health care for the last years of life. Berkeley: University of California Press. 2004, pag.72.
4. Clark D; Internacional Progress in Creating Palliative Medicine as a specialized discipline, in Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. Oxford University Press, 2009, pag 09-16.
5. Melo AGC; Caponero R. Cuidados Paliativos-Abordagem contínua e Integral. Cap 18 In Cuidados Paliativos. Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. Santos, Franklin Santos. Ed Atheneu. 2009.
6. Saunders C. Foreword. In: Hanks G, Cherny NI, Calman K, Doyle D. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3^a ed. New York: Oxford University Press; 2003, p. xvii-xx.
7. Maciel MGS. A dor crônica no contexto dos Cuidados Paliativos. Disponível on line. www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2005-35.html. Acesso em 28 de novembro de 2009.
8. Klüber-ross. Elisabeth. Sobre a Morte e o Morrer. São Paulo, Martins Fontes, 2000.
9. Caldas, CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 733-781.

10. Pereira LSM; Gomes GC. Avaliação funcional. In: Sinais e sintomas em geriatria, Guimarães RM; Cunha UG. Cap.3; p.17-30. 2ª edição. Ed. Atheneu.
11. Giacomim K. Avaliação funcional: o que é função, como avaliar função e como lidar com as perdas. In: Saúde do idoso. Saldanha AL; Caldas CP; Unidade IV, p.132-143. 2ª ed. Ed. Interciência.
12. Gottlie MGV; Carvalho D; Schneider RH; Cruz IBM; Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 10(3). Rio de Janeiro. 2007.
13. Netto FLM. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. Pensar a prática 7: 75-84, mar. 2004
14. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4): 833-840 2004.
15. Camarano AM. http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2002/td_0858.pdf - acesso em 24 de out de 2009.
16. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas, Rev. bras. estud. popul. 2006; 23(1).
17. Netto FLM. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. Pensar a prática 7: 75-84, mar. 2004
18. OMS http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/acesso em 5 de novembro de 2010.
19. <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>. Acesso em 04 de novembro de 2010.

20. Dellaroza MSG; Pimenta CAM; Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*, 23(5):1151-1160, mai, 2007.
21. Sue D, Bongard FS, Philosophy & principles of critical care. In: *Current critical care, diagnosis & treatment*. Cap 1, pags1-13, 2nd ed, ed. M.cgrawHill. 2003.
22. Connors AFJ, Dawson NV, Desbiens NA, Fulkerson WJJ, Goldman L, Knaus WA, et al. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *JAMA* 274:1591-1598, 1995.
23. Silva DV, Ximenes GC, Silva Junior JM, Ísola AM, Rezende E. Perfil epidemiológico e fatores de risco para mortalidade em pacientes idosos com disfunção respiratória *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(3): 262-268.
24. Sales Júnior JAL, David CM, Hatum RM, Souza PCSP, Japiassú A, Pinheiro CTS, et al. Sepsis Brasil: estudo epidemiológico da sepsis em Unidades de Terapia Intensiva brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006; 18(1):9-17.
25. Moritz RD, Beduschi G, Machado FO. Avaliação dos óbitos ocorridos no hospital universitário da Universidade federal de Santa Catarina (hu/ufsc). *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(5): 390-5.
26. Loncán P; Gisbert A; Fernández C; Valentín R; Teixidó A; Vidaurreta R; et al; Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. In *Palliative care and Intensive Medicine in health care at the end of life in the XXI century*. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2007 Vol. 30, Suplemento.
27. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Cortez TB, Curtis JR, Lustbader DR, Mulkerin C, Puntillo KA, Ray DE, Weissman DE; Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit Project. *Crit Care Med*. 2010 Sep;38(9):1765-72. Review.

28. Clark D; Internacional Progress in Creating Palliative Medicine as a specialized discipline, in Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4th ed. Oxford University Press, 2009, pag 09-16.
29. International Observatory on End of Life Care. <http://www.eolc-observatory.net/>. disponível on line. Acesso em 28 de novembro de 2009.
30. Kovask VRT. Hospice Pioneer Receives Yale Honorary Doctorate. Disponível on line. www.medicinageriatrica.com.br. Acesso em 01/12/2007.
31. Caponero R. A evolução do movimento hospice. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. (orgs.). Dor e cuidados paliativos, enfermagem, medicina e psicologia. Barueri/São Paulo: Manole, 2006, p. 1-15
32. Melo AGC, Os cuidados paliativos na Brasil, In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004, p. 291- 299.
33. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock T. Effectiveness of Specialized Palliative Care A Systematic Review. JAMA, April 9, 2008. Vol 299, No. 14.
34. Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, Danis M, Nelson J., Solomon MZ, et al. for the Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-of-Life Peer Workgroup Members, Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med 2003 Vol. 31, No. 9.
35. Combinato DS. Concepção da morte e atuação de profissionais de saúde em UTI. Dissertação de mestrado, UNICAP 2005.
36. <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI10399-15257,00.html>. Em 05 de dezembro de 2010.
37. http://veja.abril.com.br/230408/p_098.shtml. Em 05 de dezembro de 2010.

38. <http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=72476>, Em 05 de dezembro de 2010.
39. http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20914:cme-aprova-medicina-paliativa-como-area-de-atuacao-&catid=3.aceso. Em 05 de dezembro de 2010.

IX - ANEXO - Quadro

Quadro 4: Vantagens e Desvantagens dos modelos de CP na UTI	
	Consultoria
Vantagens	<p>Participação de mais um especialista na equipe multiprofissionais atuante</p> <p>Especialista já existe, não há necessidade de treinamento adicional</p> <p>Poucas evidências a despeito da presença em torno de 80% de pareceristas nas UTI americanas</p> <p>Certeza da continuidade do cuidado, antes, durante e depois da estadia na UTI</p> <p>Facilidade na transferência do foco da abordagem intensivista para paliativista no paciente terminal</p> <p>Requer um serviço de CP já estabelecido e adequado</p>
Desvantagens	<p>Integração da prática do CP pela equipe de intensivistas</p> <p>Incorporação da <i>expertise pelos intensivistas</i></p> <p>Disponibilidade de CP para todos os admitidos na UTI</p> <p>Não há demanda para solicitar uma equipe específica para esta finalidade</p> <p>O conhecimento dos CP e sua importância como elementos-chave da terapia intensiva</p> <p>A sistematização dos processos de trabalho na UTI torna-se mais viável a realização dos CP também de forma cotidiana</p> <p>Demanda educação continuada com as ferramentas específicas dos CP aos profissionais da UTI</p> <p>Depende do empenho dos profissionais e da cultura local na UTI</p> <p>Requer dedicação da equipe e de recursos que possam estar ausentes na UTI</p> <p>Requer a passagem do cuidado para outra equipe quando o paciente em fase terminal obtiver alta da UTI</p>