

Criação de protocolo institucional de cuidados paliativos em hospital geral: uma pesquisa convergente assistencial

Creation of an institutional protocol for palliative care in a general hospital: a convergent care research

Creación de un protocolo institucional para cuidados paliativos en un hospital general: una investigación de atención convergente

Recebido: 27/04/2022 | Revisado: 08/05/2022 | Aceito: 16/05/2022 | Publicado: 21/05/2022

Kemberly Godoy Basegio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0729-2259>
Hospital Santa Cruz, Brasil
E-mail: basegio1@unisc.br

Marilyza Sott Bender

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7086-6860>
Hospital Santa Cruz, Brasil
E-mail: mariluzabender@unisc.br

Aline Badch Rosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0819-1924>
Hospital Santa Cruz, Brasil
E-mail: alinebadch@unisc.br

Rochele Mosmann Menezes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1548-1607>
Hospital Santa Cruz, Brasil
E-mail: rochelemenezes@unisc.br

Mari Ângela Gaedke

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3032-081X>
Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil
E-mail: marig@unisc.br

Resumo

Perante a necessidade de diminuir/amenizar as situações de sofrimento físico e emocional de pacientes e familiares que lidam com doenças ameaçadoras à vida, o objetivo deste estudo foi desenvolver um protocolo institucional de Cuidados Paliativos voltado ao ambiente hospitalar. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo convergente assistencial, a partir da vivência de uma Residente de Enfermagem, juntamente com o apoio do Grupo de Trabalho em Cuidados Paliativos de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. Grupos de estudo e rodas de conversa foram realizados a fim de definir os objetivos da equipe, critérios para inserção dos pacientes, suas avaliações e acompanhamento, culminando na criação do protocolo. Definiu-se que o grupo atuará como um time hospitalar de interconsulta que será acionado mediante solicitação de qualquer profissional da saúde de nível superior. A primeira avaliação do paciente será realizada por um profissional enfermeiro, um médico e um psicólogo e as escalas iniciais que avaliarão respectivamente prognóstico e sintomas serão a *Paliative Performance Scale* (PPS) e a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS). Também será realizado um planejamento de alta personalizado com foco nas necessidades do paciente, ações a serem orientadas à família e acionamento da rede de cuidados. A partir deste estudo pode-se ampliar as pesquisas sobre a implementação de programas de CP dentro do ambiente hospitalar, além de modificar a cultura institucional, trazendo à tona um tema tão relevante.

Palavras-chave: Cuidado paliativo; Equipe interconsulta; Protocolos.

Abstract

In view of the need to diminish/amenify situations of physical and emotional suffering of patients and family members dealing with life threatening diseases, the objective of this study was to develop an institutional protocol of Palliative Care directed to the hospital environment. This is a research of qualitative approach of the assistential convergent type, from the experience of a Nursing Resident, together with the support of the Working Group on Palliative Care of a hospital in the interior of Rio Grande do Sul. Study groups and conversation rounds were held in order to define the team's objectives, criteria for the insertion of patients, their evaluations and follow-up, culminating in the creation of the protocol. It was defined that the group will act as a hospital inter-consultation team that will be activated upon the request of any senior health professional. The initial assessment of the patient will be done by a nurse, a physician and a psychologist, and the initial scales that will assess prognosis and symptoms respectively will

be the Palliative Performance Scale (PPS) and the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). A personalized discharge planning will also be carried out focusing on the patient's needs, actions to be directed to the family and activation of the care network. From this study one can expand research on the implementation of PC programs within the hospital environment, as well as modify the institutional culture, bringing to light such a relevant topic.

Keywords: Palliative care; Interconsultation team; Protocols.

Resumen

Ante la necesidad de disminuir/amenguar las situaciones de sufrimiento físico y emocional de los pacientes y familiares que lidian con enfermedades que amenazan la vida, el objetivo de este estudio fue desarrollar un protocolo institucional de Cuidados Paliativos dirigido al ámbito hospitalario. Se trata de una investigación de enfoque cualitativo del tipo convergente asistencial, a partir de la experiencia de una Residente de Enfermería, junto con el apoyo del Grupo de Trabajo en Cuidados Paliativos de un hospital del interior de Rio Grande do Sul. Se realizaron grupos de estudio y rondas de conversación para definir los objetivos del equipo, los criterios de inserción de los pacientes, sus valoraciones y su seguimiento, culminando con la creación del protocolo. Se definió que el grupo actuará como un equipo de interconsulta hospitalaria que se activará a petición de cualquier profesional sanitario superior. La primera evaluación del paciente será realizada por una enfermera, un médico y un psicólogo y las escalas iniciales que evaluarán el pronóstico y los síntomas, respectivamente, serán la Escala de Rendimiento Paliativo (PPS) y la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS). También se llevará a cabo una planificación personalizada del alta, centrada en las necesidades del paciente, las acciones que deben dirigirse a la familia y la activación de la red asistencial. A partir de este estudio, es posible ampliar la investigación sobre la implementación de programas de PC en el ámbito hospitalario, así como modificar la cultura institucional, sacando a la luz un tema tan relevante.

Palabras clave: Cuidado paliativo; Equipo de interconsulta; Protocolos.

1. Introdução

O aumento significativo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que geram processos de adoecimento mais longos (WHO, 2018), somado à mudança demográfica populacional (Sleeman et al., 2019), torna extremamente relevante a introdução de cuidados que, através da prevenção e alívio do sofrimento, valorizem a qualidade de vida dos doentes e das famílias que enfrentam doenças ameaçadoras à vida (WHO, 2018). Nessa perspectiva, os Cuidados Paliativos (CP) surgem com o intuito de alvorecer a melhoria da assistência prestada, tendo como foco o cuidado com a vida, independentemente do seu tempo de duração (Pegoraro & Paganini, 2019). Todavia, os serviços que fornecem esses cuidados ainda permanecem subdesenvolvidos ou inexistentes em muitas partes do mundo (Sleeman et al., 2019), sendo que, dentre as 40 milhões de pessoas que se beneficiariam dos CP, apenas 14% de fato recebem esses cuidados (WHO, 2018).

No Brasil, uma das formas mais frequentes de oferta de CP são os times hospitalares de interconsulta (ICP). Neste formato, uma equipe interdisciplinar especializada em CP é acionada para avaliação ou acompanhamento, servindo de apoio e sugerindo condutas acerca dos cuidados e procedimentos a serem realizados com esses pacientes (Castilho, Silva & Pinto, 2021). Segundo orientações da própria Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), é importante que, em âmbito hospitalar, criem-se protocolos de boas práticas para avaliação e manejo de sintomas físicos, treinamentos e capacitações para as equipes, além de fluxos definidos de referência e contra referência e reuniões periódicas conjuntas (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2018).

Além disso, os benefícios dos ICP's são descritos na literatura (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2018; Naaktgeboren, Magdelijns et al., 2021), com orientações sobre cuidados específicos e medidas terapêuticas destinadas a determinadas doenças (Carratalá et al., 2020; Mechler & Liantonio, 2019). Um exemplo disso é o estudo randomizado realizado em duas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) nos Estados Unidos, que buscou avaliar o impacto da consulta de CP precoce, demonstrando um menor número de readmissões e dias de uso de ventilação mecânica no grupo intervenção (que recebeu a consulta) quando comparado ao grupo controle (Hua et al., 2019).

No que tange ao Brasil, é preciso considerar que este se trata de um país em desenvolvimento, com carência de profissionais capacitados para atender a demanda de CP, assim como escassa legislação que estruture e/ou oriente

especificamente o desenvolvimento do CP (ANCP, 2018). Além disso, há poucas pesquisas sobre a implantação e o funcionamento de ICP's, tornando de suma importância a realização de estudos nesta área. Assim, considerando que a pesquisa do tipo convergente-assistencial permite a reflexão e produção de conhecimentos capazes de nortear a prática, a partir de fenômenos que emergem da assistência (Trentini & Paim, 2014), teve-se como problema de pesquisa: como integralizar pesquisa, assistência e participação de profissionais envolvidos na prática para a criação de protocolo institucional de CP?

Dentro deste contexto, o objetivo desta pesquisa foi desenvolver um protocolo institucional de Cuidados Paliativos voltado ao ambiente hospitalar. A motivação da pesquisa surgiu da necessidade de amenizar situações de sofrimento físico e emocional de pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras à vida, visto que na instituição cenário do estudo não havia ICP.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial, a partir da vivência de uma Residente de Enfermagem e com a participação do Grupo de Trabalho em Cuidados Paliativos (GTCP) de um hospital de Ensino do interior do Rio Grande do Sul. Adotou-se este tipo de pesquisa devido ao fato da pesquisadora estar inserida e diretamente envolvida na prática assistencial, tornando possível a proposição de ações para resolução e ou minimização de problemas e inovações nas práticas de saúde (Trentini & Paim, 2014).

O estudo ocorreu entre os meses de dezembro de 2019 a outubro de 2020. O local de realização da pesquisa foi um Hospital de Ensino que conta com 247 leitos, realiza atendimentos a pacientes internados e ambulatoriais, e oferece serviços de diagnóstico e tratamento, incluindo alta complexidade para alguns serviços.

Os sujeitos envolvidos no estudo foram os integrantes do GTCP da instituição, grupo já existente desde 2018 e que tinha por objetivo desenvolver e aplicar uma política relacionada às ações voltadas a CP e terminalidade. Como os membros do grupo já possuíam conhecimento teórico acerca do tema, realizou-se uma reunião com os mesmos, a fim de esclarecer os interesses e objetivos da pesquisadora com tal estudo. Desta forma, os critérios de inclusão no estudo foram: ser profissional da saúde de nível superior, possuir algum vínculo com a Instituição (funcionários e residentes) e ser participante ativo do GTCP há pelo menos 6 meses. Não houveram critérios de exclusão. Nenhum participante recusou ou desistiu da participação. Todos os indivíduos integrantes do GTCP, e que foram envolvidos na pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa atendeu a todos os preceitos éticos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) sob o parecer nº 4.078.663.

O estudo seguiu as fases previstas na PCA. Na fase de concepção levantou-se o problema do estudo e iniciou-se a investigação na literatura com o intuito de alcançar suporte teórico e metodológico para o desenvolvimento da pesquisa. Já na fase de instrumentalização, definiram-se os participantes, o local da pesquisa, coleta de dados e intervenção (Trentini & Paim, 2014). A coleta de dados deu-se a partir da realização de rodas de conversa e grupos de estudo para abordagem e apropriação de conhecimento com base no Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (Pinto et al., 2012) e carências apontadas pelos integrantes do grupo. Na fase de perscrutação foi realizada análise qualitativa dos dados obtidos, passando desde a escolha do melhor método de aplicação do Protocolo, até a sua finalização. Por fim, a análise e interpretação consistiu nos processos de apreensão, síntese e teorização, que culminou na elaboração do protocolo institucional de CP a ser executado por meio de um ICP originário do GTCP.

Participaram do estudo 14 profissionais das seguintes profissões: cinco enfermeiros (representantes da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidades de Internação Clínica e Cirúrgica Adulto, Emergências); uma nutricionista residente representando o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde; 2 assistentes sociais; 1 farmacêutico; 1 fisioterapeuta; 1 fonoaudiólogo; 1 psicólogo e 1 médica, que tornou-se coordenadora do grupo. As rodas de conversa e grupos de estudo

aconteciam em uma sala destinada para a realização de reuniões dentro da Instituição, ou de forma virtual, e tinham duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. Durante o encontro eram realizadas notas de campo e no fim do mesmo, programava-se o tema que seria abordado no encontro seguinte.

3. Resultados e Discussão

A seguir apresentam-se os resultados e discussão da criação do protocolo institucional de CP por meio do ICP conforme as fases preconizadas pela pesquisa convergente assistencial.

3.1 Fase de coleta de dados: Criação do time hospitalar interconsulta

Diversas modalidades de atuação em CP, além de diferentes estratégias de assistência ao doente estão em desenvolvimento e necessitam de testes de efetividade sobre sua adequação aos serviços (Silva et al., 2020). Poucos estudos brasileiros descrevem o processo de implantação de equipes de CP no ambiente hospitalar.

O hospital de ensino, palco desta pesquisa, é uma Instituição com estrutura e processos incipientes na área de CP. Devido à falta de recursos financeiros para investimentos em uma unidade de internação específica, e a alta prevalência de pacientes elegíveis à CP nos mais diversos setores do hospital, identificou-se que o modelo de interconsulta era o mais adequado para a instituição. Neste caso, a equipe não assume integralmente a assistência do paciente/família, mas se alia e fornece apoio aos profissionais dos setores em que se encontram pacientes elegíveis para acompanhamento do ICP. Uma de suas vantagens é a rápida disseminação do tema já que a equipe interconsulta mantém contato frequente com as diversas equipes assistenciais do hospital (Castilho et al., 2021).

Algumas pesquisas recentes demonstraram as vantagens dos ICP's no ambiente hospitalar. Artigo comparativo e prospectivo desenvolvido em um Centro Médico nos Países Baixos, demonstrou que a consulta em CP resultou em melhora significativa de sintomas em comparação a pacientes que não receberam a consulta (Naaktgeboren et al., 2021). Corroborando com esse resultado, estudo realizado em um Hospital Universitário da Holanda, mostrou efeitos positivos no envolvimento de um time de especialistas em CP sob a qualidade de morte de seus pacientes (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2018).

Visto isso, para que as equipes se tornem qualificadas e forneçam precocemente medidas paliativas básicas, conseguindo identificar o nível de complexidade e as necessidades de seus pacientes, a capacitação em conteúdos específicos em CP é extremamente necessária (Pask et al., 2018). Assim, optou-se pela realização de rodas de conversa e grupos de estudo abordando conteúdos acerca dos CP, através de um plano de trabalho (Quadro 1).

Quadro 1: Descrição dos conteúdos trabalhados nos grupos de estudo e suas respectivas metas alcançadas.

CONTEÚDO	META
Definição, história e princípios dos CP; Conceitos importantes; Modalidades de atuação em CP no ambiente hospitalar;	Apropriação de base teórica; Definir a modalidade de atuação em CP mais apropriada para a Instituição;
Aspectos legais e éticos dos CP; Inserção de pacientes em CP;	Estimular reflexões sobre questões éticas envolvidas nos CP; Definir os critérios de inclusão e como os pacientes são incluídos no ICP;
Avaliação dos pacientes em CP; Escalas de avaliação em CP;	Definir como se dá a primeira avaliação do ICP, quais profissionais estarão presentes e materiais a serem utilizados; Estabelecer as escalas a serem aplicadas;
Equipe multidisciplinar em CP;	Compreender as atribuições de cada área profissional e quem são os responsáveis pela avaliação inicial do paciente;
Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano; Comunicação em CP;	Apropriação de base teórica;
A família no CP;	Entender a importância dos vínculos afetivos do paciente e suas implicações ao cuidado – familiares, amigos e pessoas próximas;
A alta hospitalar e o posterior acompanhamento do paciente.	Organizar o planejamento da alta e o acompanhamento do ICP no contexto ambulatorial.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Como forma de orientar o andamento das rodas de conversa propôs-se a discussão de temas relacionados aos CP e suas respectivas metas, como descrito no quadro acima. A partir das discussões, o protocolo era construído. Os temas propostos foram determinados com base no Manual de Cuidados Paliativos da ANCP e necessidades apontadas pelo grupo. Devido à pandemia da COVID-19 declarada em março de 2020, mesma época em que se iniciaram as atividades do grupo, a maioria desses encontros tornou-se virtual ou com um número reduzido de participantes.

3.2 Fase de perscrutação, análise e interpretação

3.2.1 Elaboração do protocolo

Após a instrumentalização dos sujeitos envolvidos no ICP, as principais metas a serem alcançadas para a criação do protocolo eram: elaborar uma definição e os objetivos do ICP, determinar como seria sua atuação e acionamento através de um fluxo, além dos papéis de cada membro e critérios de inserção dos pacientes em CP. Para tanto, além dos grupos de estudo e rodas de conversa, foram realizadas reuniões com o Desenvolvimento Organizacional (DO) da Instituição para definir a logística de implantação no sistema informatizado, atentando para indicadores de qualidade de assistência. A seguir apresenta-se os itens que compuseram o protocolo:

3.2.2 Inserção de pacientes em CP e acionamento do grupo de interconsulta

Reforça-se a ideia de que os CP devem ser prestados a qualquer pessoa que tenha uma doença que ameace a continuidade da vida, como forma de prevenir e aliviar o sofrimento, sendo um de seus princípios o início precoce, de maneira a maximizar a identificação e o tratamento de sintomas e outros problemas à medida que surgirem (Castilho et al., 2021). Para que ocorra a avaliação inicial é necessário que o paciente esteja sob cuidados de uma especialidade específica, ou seja,

internado na Instituição. Já os pacientes que estavam em acompanhamento com o ICP, deram alta e retornam por algum motivo, basta o atendimento ambulatorial para receberem uma nova avaliação.

Em uso de tais informações e com suporte de estudos recentes (Peirano et al., 2019; Silva et al., 2020), o ICP definiu como critérios de inserção do paciente em CP, a solicitação de consulta pela equipe assistencial. Dessa forma, qualquer profissional da área da saúde de nível superior terá autonomia para solicitar uma avaliação do grupo. Como já discutido anteriormente, é extremamente importante que os profissionais recebam treinamento contínuo e tenham suporte sempre que necessário, visto sua importância para a identificação dos pacientes que se beneficiarão da avaliação e acompanhamento do ICP (Pask et al., 2018).

Logo, o profissional solicitante prescreve a avaliação do ICP no prontuário eletrônico do paciente e obrigatoriamente terá que justificar o motivo da sua solicitação em um espaço destinado para tal. Assim que a solicitação for recebida, a médica e coordenadora do Grupo entrará em contato com o médico assistente do paciente para discutir sobre a inserção do mesmo no plano de cuidados paliativos. Caso haja parecer favorável é imprescindível que o médico assistente esclareça, ao paciente e à sua família ou à pessoa responsável por ele escolhida para tomada de decisões relativas à sua saúde, a ausência de tratamentos modificadores de doença e ênfase do tratamento de alívio sintomático. Tanto em caso de aceite como de recusa, o profissional solicitante receberá, via sistema, uma justificativa do grupo, como forma de feedback para sua solicitação. Importante salientar que o ICP terá 72h para realizar a primeira avaliação do paciente.

Ressalta-se que a formação dos profissionais da saúde sempre esteve pautada em aspectos biológicos, sendo a abordagem do tema CP insuficiente, o que gera implicações diretas sobre o tipo de cuidado ofertado ao paciente quando se trata de situações ameaçadoras à vida (Santos et al., 2021). Nesse sentido, a partir das vivências práticas propostas neste trabalho, principalmente por se tratar de um ICP que atuará em todos os setores do hospital, os profissionais passam a experienciar os benefícios dos CP aos seus pacientes, diminuindo a utilização de recursos não benéficos de tratamento e/ou cuidado visando um maior respeito a autonomia do mesmo (Hua et al., 2020). Para efetivação do processo, todos os profissionais participam integrados, sendo o comprometimento da equipe fundamental à promoção do cuidado (Maia et al., 2021).

3.2.3 Avaliação dos pacientes

Diante de pacientes que lidam com doenças ameaçadoras à continuidade da vida, as práticas paliativistas reforçam a importância do cuidado integral, salientando a singularidade do ser humano que tem uma história de vida, experiências vividas e compartilhadas, crenças e opiniões (Alves et al., 2019). Sendo assim, o ICP optou pela elaboração de um formulário de avaliação, baseado nas orientações fornecidas pelo Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (Castilho et al., 2021). Ele servirá de apoio para que o profissional conheça dados acerca da família, trabalho, principal cuidador, preferências e crenças do paciente, além de informações sobre sua doença de base, tratamentos já realizados, necessidades atuais e um exame físico detalhado feito presencialmente. O prontuário eletrônico e diálogos com os profissionais responsáveis pela assistência direta ao paciente também poderão enriquecer essa primeira abordagem.

Também discutiu-se entre a equipe de ICP a utilização de escalas para uma análise detalhada de critérios importantes de qualidade de assistência prestada pelo grupo e acompanhamento da evolução do paciente. Neste sentido, optou-se pela *Paliative Performance Scale* (PPS), recomendada pela ANCP (Castilho et al., 2021). A mesma se adequa a vários tipos de patologias, é de fácil aplicação e auxilia nas decisões clínicas. A PPS avalia cinco critérios separadamente sendo eles, deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingesta e nível da consciência. Quanto menor o valor encontrado, pior o prognóstico do paciente (Maciel & Tavares, 2009).

Para avaliação dos sintomas optou-se por utilizar a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), escala que surgiu

no Canadá em 1991 como forma de avaliação do próprio paciente sobre a intensidade dos seus sintomas (Bruera et al., 1991). É uma escala bastante descrita na literatura para estratificação dos sintomas, visto sua fácil aplicabilidade e rápido resultado, visando maior agilidade no tratamento dos sintomas. A mesma é composta por 9 sintomas (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, falta de ar, e sensação de bem-estar), sendo que para cada um, o paciente atribui uma nota de 0 a 10 (0 - ausência do mesmo; 10 a sua maior intensidade). Caso não haja possibilidade do paciente respondê-la, a mesma pode ser preenchida por seu cuidador com base na avaliação do seu comportamento e os sintomas subjetivos não deverão ser avaliados (Castilho, et al., 2021; Monteiro et al., 2013).

Essas foram as escalas base selecionadas para avaliação de sintomas e acompanhamento de prognóstico, porém conforme houver necessidade, e depois de traçado o perfil clínico de pacientes em CP atendidos no hospital, novas escalas poderão ser incluídas no protocolo.

Para definição dos profissionais que realizarão a primeira avaliação do paciente e com base na literatura atual, discutiu-se em roda de conversa as atribuições de cada área profissional dentro dos CP. Munidos de informações e atentando para a disponibilidade dos profissionais e conforto do paciente, decidiu-se que a primeira avaliação seria feita por um médico, um enfermeiro e um psicólogo.

O profissional médico atua principalmente na coordenação e comunicação entre os profissionais, paciente e família, propondo tratamentos que tragam alívio dos sintomas e desconfortos (Pegoraro & Paganini, 2019). O psicólogo responsabiliza-se por avaliar questões mais subjetivas do sujeito, buscando promover a saúde psíquica de todos os envolvidos na situação (Alves et al., 2019). Por fim, o enfermeiro torna-se responsável pela gestão do cuidado ao paciente, e, devido sua proximidade com o mesmo, já que atua na assistência 24 horas do dia, age como mediador da relação entre ele, sua família e a equipe (Pegoraro & Paganini, 2019).

Assim, os casos são avaliados de acordo com suas particularidades e necessidades, e os demais profissionais do time de ICP são acionados para contribuições, moldando-se o plano de cuidados. Além disso, os casos deverão ser discutidos com toda a equipe em reuniões realizadas para tal, a fim de aprimorar as avaliações e os cuidados prestados, e integrar todos os profissionais. Salienta-se a obtenção de resultados mais satisfatórios a partir da discussão de caso com toda a equipe, tendo como intuito seguir uma mesma linha de cuidado (Picollo & Fachini, 2018).

Os familiares são extremamente importantes e estão envolvidos em todo o processo de adoecimento do paciente, visto que auxiliam na gestão do tratamento, fornecem suporte emocional, assistência financeira, dentre outros, podendo desta forma gerar uma sobrecarga emocional aos mesmos (Costa-Requena et al., 2012). Como possibilidade de minimizar esse quadro, sugere-se que a equipe multidisciplinar forneça o máximo de informações sobre o estado de saúde do paciente, contribua para as resoluções de pendências, respeite os desejos dos mesmos, além de engajá-los nas tomadas de decisão (Abreu & Costa Júnior, 2018). Isto posto, torna-se relevante, realizar uma conferência familiar, na qual participam os profissionais do ICP, o paciente (se possível) e as pessoas mais próximas dele (grau de parentesco/vínculo afetivo). Neste momento, deve ser discutido o caso clínico do mesmo, esclarecido o acompanhamento pelo ICP, sanada as dúvidas, além de definidas algumas condutas e identificado os desejos e as maiores necessidades da família.

Desde a primeira avaliação do paciente, o plano de cuidados já pode ser trabalhado entre os profissionais, devendo sempre atentar para a iminência da palição dos sintomas que estejam gerando maior sofrimento ao paciente e/ou sua família, sejam eles físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

3.2.4 Acompanhamento pelo ICP

O número de visitas e avaliações do ICP não foram pré-definidas no protocolo, sendo avaliado caso a caso, conforme as necessidades do paciente e/ou família. É importante destacar que os participantes do grupo, além de atuar na assistência

direta aos pacientes, também se responsabilizam por orientar os demais profissionais de sua área que prestavam os cuidados diários ao mesmo.

A coordenação e o planejamento de alta têm sido uma das tarefas mais importantes para as equipes de CP, sendo que a transição dos cuidados depende de um grande número de fatores como apoio familiar, situação financeira e serviços de saúde disponíveis (Soares et al., 2018). Transferências mal gerenciadas e mal executadas, com falta de informações relevantes sobre a condição, compreensão e objetivos do tratamento do paciente são causas de erros dispendiosos, falha de cuidados e reinternações evitáveis (Miller et al., 2018).

Nesse sentido, o ICP busca possibilidades para que o paciente esteja amparado fora da Instituição Hospitalar através de um planejamento de alta. Este, deverá ser elaborado de forma personalizada, a partir da observação da realidade e necessidades de cada paciente e ainda pautado nas ações a serem orientadas à família e a rede de apoio visando sempre uma melhor qualidade de vida ao paciente e a sua família (Saunders et al., 2020).

A oferta de CP de qualidade e baseado em evidência para toda Rede de Atenção à Saúde, é uma meta do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi reforçada com a publicação da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018 que dispõe sobre as diretrizes para organização dos CP, à luz dos cuidados integrados no âmbito do SUS. Dessa forma, a rede de cuidados do município deve ser acionada para dar continuidade ao tratamento e cuidados com o paciente, além de alinhar com o médico assistente as terapêuticas paliativas já adotadas.

O teste piloto do Protocolo será executado nas Unidades de Internação Clínica e Cirúrgica do Hospital em questão o mais breve possível, inicialmente com um perfil de pacientes pré-definidos. Serão também desenvolvidas capacitações com a Coordenação Médica e de Enfermagem das unidades de internação, assim como com os profissionais que prestam assistência na unidade. Estas capacitações terão o objetivo de divulgar o ICP, bem como compartilhar saberes acerca dos CP e preparar os profissionais para identificação de possíveis candidatos à palição.

3.3 Gerenciamento de indicadores

A avaliação da qualidade da assistência, realizada por meio de indicadores assistenciais, os quais estão presentes nas ações diárias dentro do processo assistencial, tem se mostrado uma importante estratégia de gestão (Baó et al., 2019). Desta forma, foram criados indicadores de qualidade para avaliação da assistência prestada pelo ICP que devem ser analisados ao longo de sua implantação com o objetivo de proposição de adequações e melhorias.

O indicador selecionado com a finalidade de avaliar a cobertura do ICP dentro da instituição foi: Taxa de Avaliações (número de avaliações realizadas pelo ICP, dividido pelo número de solicitações do serviço x 100). Outro indicador selecionado foi a Taxa de Avaliações Indeferidas pelo ICP (número de avaliações indeferidas dividido pelo número de avaliações realizadas x 100), por meio do qual pode-se discutir as razões dos indeferimentos, como negativa familiar, do paciente ou do médico assistente ou ainda, falta de disponibilidade do grupo. Poderá ser feita também uma análise comparativa dos pacientes que possuíam indicação de mudança de foco terapêutico, porém pela negativa não foram assistidos pelo ICP, com aqueles que estavam sendo acompanhados pelo grupo.

Além disso, torna-se relevante também avaliar a redução dos sintomas desconfortáveis do paciente por meio do ESAS. E ainda, mensurar os principais desfechos dos pacientes acompanhados pelo ICP, com o número de altas, óbitos e encaminhamentos para outros serviços. Com a avaliação da qualidade da assistência prestada por meio desses indicadores, espera-se fornecer subsídios que venham a fortalecer a estruturação de serviços em CP no cenário brasileiro que ainda é bastante incipiente (Santos et al., 2020).

4. Considerações Finais

É importante destacar que, por tratar-se de um hospital geral que conta com uma cultura de atendimento voltada principalmente a emergências e agravos agudos à saúde, o trabalho desempenhado pelo ICP veio a contribuir significativamente para a abertura de novos processos assistenciais com vista à integralidade do cuidado. Dentre as limitações do estudo, pode-se citar a escassez de dados recentes na literatura brasileira acerca da implantação de protocolos e/ou times hospitalares de interconsulta que pudessem fornecer suporte teórico ao trabalho. Por fim, cabe ressaltar que a maioria dos participantes do estudo não possuía nenhuma experiência na área de CP, o que prolongou o tempo de elaboração do protocolo, mas ao mesmo tempo, proporcionou grande aprendizado a todos envolvidos.

A partir desta proposta pode-se ampliar o estudo sobre a implementação de programas de CP dentro do ambiente hospitalar, além de modificar a cultura institucional, trazendo à tona um tema tão relevante. Os resultados podem colaborar para avanços do conhecimento científico nas áreas de CP, já que seus impactos positivos podem refletir na redução de tempo de internação hospitalar, diminuição de procedimentos fúteis e melhora da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. As pesquisas do ICP continuarão buscando-se aplicar tal protocolo e assim avaliar seus resultados através dos indicadores de qualidade da assistência.

Referências

- Abreu, A. I. S. C. de S., & Costa Júnior, Á. L. (2018). Sobrecarga do cuidador familiar de paciente oncológico e a enfermagem. *Rev. Enferm. UFPE on Line*, 976–986. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970522>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2018). *Análise situacional e recomendações da ANCP para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no Brasil*. Paliativo.org.br. <https://api-wordpress.paliativo.org.br/analise-situacional-recomendacoes-ancp-desenvolvimento-cuidados-paliativos-brasil/>
- Alves, R. S. F., Cunha, E. C. N., Santos, G. C., & Melo, M. O. (2019). Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 39. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>
- Báo, A. C. P., Amestoy, S. C., Moura, G. M. S. de, & Trindade, L. de L. (2019). Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 360–366. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Witkamp, F. E., van Zuylen, L., van der Rijt, C. C. D., & van der Heide, A. (2018). Palliative care team consultation and quality of death and dying in a university hospital: A secondary analysis of a prospective study. *PLOS ONE*, 13(8), e0201191. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201191>
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 7(2), 6–9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1714502/>
- Carratalá, J. M., Peña-Pardo, B., Gil, V., & Jacob, J. (2020). Oxigenoterapia y cuidados paliativos en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Rev. Esp. Cardiol. (Ed. Impr.)*, 598–598. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-ET1-6245>
- Castilho, R. K., Silva, V. C. S. da, & Pinto, C. da S. (Eds.). (2021). *Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)* (3rd ed.).
- Costa-Requena, G., Cristófol, R., & Cañete, J. (2011). Caregivers' morbidity in palliative care unit: predicting by gender, age, burden and self-esteem. *Supportive Care in Cancer*, 20(7), 1465–1470. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1233-6>
- Hua, M., Lu, Y., Ma, X., Morrison, R. S., Li, G., & Wunsch, H. (2020). Association Between the Implementation of Hospital-Based Palliative Care and Use of Intensive Care During Terminal Hospitalizations. *JAMA Network Open*, 3(1), e1918675. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.18675>
- Maia, M. A. de Q., Lourinho, L. A., & Silva, K. V. (2021). Competências dos profissionais de saúde em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva adulto. *Research, Society and Development*, 10(5), e38410514991. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14991>
- Mechler, K., & Liantonio, J. (2019). Palliative Care Approach to Chronic Diseases. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.008>
- Miller, N., Shuler, J., Hayley, D., He, J., Porter-Williamson, K., & Kalender-Rich, J. (2018). Across the Continuum: How Inpatient Palliative Care Consultations Are Reported in Hospital Discharge Summaries. *Journal of Palliative Medicine*, 21(1), 85–88. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0539>
- Monteiro, D. da R., Almeida, M. de A., & Kruse, M. H. L. (2013). Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 163–171. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000200021>
- Naaktgeboren, M. W., Magdelijns, F. J. H., Janssen, D. J. A., & van den Beuken-van Everdingen, M. H. J. (2021). Added Value of Early Consultation of an Inpatient Palliative Care Team in Hospitalized Older Patients With High Symptom Burden: A Prospective Comparative Study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 38(10), 1258–1264. <https://doi.org/10.1177/1049909120982606>

Pask, S., Pinto, C., Bristowe, K., van Vliet, L., Nicholson, C., Evans, C. J., George, R., Bailey, K., Davies, J. M., Guo, P., Daveson, B. A., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. (2018). A framework for complexity in palliative care: A qualitative study with patients, family carers and professionals. *Palliative Medicine*, 32(6), 1078–1090. <https://doi.org/10.1177/0269216318757622>

Pegoraro, M. M. de O., & Paganini, M. C. (2019). Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Revista Bioética*, 27(4), 699–710. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274353>

Peirano, G., Bertolino, M., Rodriguez, M., Bunge, S., Armesto, A., & Dran, G. (2019). Interconsultas de cuidados paliativos para pacientes con cáncer en un hospital general: Características y oportunidad. *Medicina (B.Aires)*, 337–344. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1056728>

Picollo, D. P., & Fachini, M. (2018). A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. *Rev. Ciênc. Méd., (Campinas)*, <https://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a3855>. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-980808>

Pinto, A. C., Silva, A. M. O. P., Arantes, A. C. L. Q., Américo, A. F. Q., Andrade, B. A., Kira, C. M., Burlá, C., Naylor, C., Matsumoto, D. Y., Azevedo, D. L., Forte, D. N., Genezini, D., Franck, E. M., Fernandes, E. A., Aitken, E. V. P., Azevedo, E. F., Aires, E. M., Ribas, E., Chino, F. T. B. C., (...) & Hatanaka, V. M. A. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)*. (2a ed.).

Resolução n 41 de 31 de outubro de 2018, (2018). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html

Sales Maciel, M. G., & Tavares de Carvalho, R. (n.d.). *A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2) TRADUÇÃO BRASILEIRA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA (Portuguese Brazilian translation of Palliative Performance Scale (PPS version 2))*. https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf

Santos, R. da S., Pasklan, A. N. P., Vale, I. S., Leitão, I. E. S., Barros, B. F. M., Santiago, F. A. de O., & Lima, S. F. (2021). Percepção de cuidados paliativos dos profissionais de saúde no ambiente hospitalar do município de Pinheir-MA. *Revista de Atenção à Saúde*, 19(69). <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n69.7807>

Santos, R. S., Lima, F. M., Hora, J. C., & Leão, D. B. (2020). Indicadores de qualidade aplicados na assistência de enfermagem em cuidados paliativos: Revisão integrativa da literatura. *Enfermagem Em Foco*, 11(2). <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n2.2652>

Saunders, S., Killackey, T., Kurahashi, A., Walsh, C., Wentlandt, K., Lovrics, E., Scott, M., Mahtani, R., Bernstein, M., Howard, M., Tanuseputro, P., Goldman, R., Zimmermann, C., Aslakson, R. A., & Isenberg, S. R. (2019). Palliative Care Transitions From Acute Care to Community-Based Care—A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(4), 721–734.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.005>

Silva, M. A. dos S., Diniz, M. A., Carvalho, R. T. de, Chiba, T., & Mattos-Pimenta, C. A. de. (2020). Palliative care consultation team: symptom relief in first 48 hours of hospitalization. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0391>

Sleeman, K. E., de Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I. J., Gomes, B., & Harding, R. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The Lancet Global Health*, 7(7), e883–e892. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(19\)30172-x](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(19)30172-x)

Soares, L. G. L., Japiassu, A. M., Gomes, L. C., & Pereira, R. (2017). Post-Acute Care Facility as a Discharge Destination for Patients in Need of Palliative Care in Brazil. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(2), 198–202. <https://doi.org/10.1177/1049909117691280>

Trentini, M., Paim, L., & Silva, D. M. G. V. da. (2014). *Pesquisa convergente assistencial - PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde* (3rd ed.).

World Health Organization (WHO). (2018). *Palliative Care*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>