

Avaliação da necessidade de abordagem dos cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva

Assessment of the need for palliative care in an intensive care unit

Evaluación de la necesidad de cuidados paliativos en una unidad de cuidados intensivos

Recebido: 03/06/2024 | Revisado: 11/06/2024 | Aceitado: 12/06/2024 | Publicado: 16/06/2024

Maria Teresa Santos Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9463-5695>

Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, Brasil

E-mail: maria_teresa93@hotmail.com

Maysa Alves Rodrigues Brandão Rangel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9284-8695>

Universidade Anhembi-Morumbi, Brasil

E-mail: maysarangel_4@hotmail.com

Alessandra Santos Vieira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5379-8714>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: alehomeo@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: À medida que a população envelhece, a necessidade de cuidados paliativos (CP) aumenta e cuidados intensivos agressivos devem fazer a transição para CP. Muitos estudos têm demonstrado inúmeros benefícios da abordagem paliativa na unidade de terapia intensiva (UTI), como diminuição das admissões, redução do tempo de internação, melhor manejo de sintomas e aumento da satisfação com os cuidados no final da vida. **Objetivos:** Avaliar quantos pacientes internados na UTI tem critérios para abordagem de CP e constatar quantos desses pacientes foram avaliados e quais as condutas tomadas. **Materiais e Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo, transversal e observacional, através de coleta de dados nos prontuários eletrônicos de todos os pacientes que estiveram internados na UTI Adulto do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, no período de fevereiro e março de 2022. Foram considerados pacientes elegíveis para CP aquelas com: idade maior ou igual a 80 anos, necessidade de realização de traqueostomia ou gastrostomia e/ou presença de condições de base ameaçadoras a vida. **Resultados:** Foram analisadas 209 novas internações, das quais 43,5% tinham indicação de avaliação dos CP. Apenas 14,4% dos pacientes com indicação receberam a avaliação paliativa. A principal conduta tomada foi a decisão de não reanimação cardiopulmonar. **Conclusão:** Muitos são os desafios encontrados para a abordagem paliativa na UTI é extremamente desafiadora e requer estudos mais robustos para a sua consistência, porém, com os resultados deste estudo salientamos a importância do fortalecimento dos Cuidados Paliativos dentro da Unidade de Terapia Intensiva.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Unidade de Terapia Intensiva; Índice prognóstico; Terminalidade; Bioética; Escala funcional.

Abstract

Introduction: As the population ages, the need for palliative care (PC) increases and aggressive intensive care must transition to PC. Many studies have shown numerous benefits of the palliative approach in the intensive care unit (ICU), such as decreased admissions, reduced length of stay, better symptom management, and increased satisfaction with end-of-life care. **Objectives:** To evaluate how many patients admitted to the ICU meet the criteria for PC and to determine how many of these patients were evaluated and what actions were taken. **Materials and Methods:** A retrospective, cross-sectional and observational study was carried out by collecting data from the electronic medical records of all patients who were hospitalized in the Adult ICU of the Dr. José de Carvalho Florence Municipal Hospital, between February and March 2022. Patients eligible for PC were defined as those with age greater than or equal to 80 years, need for performing tracheostomy or gastrostomy and/or presence of life-threatening underlying conditions. **Results:** A total of 209 new hospitalizations were analyzed, of which 43.5% were indicated for PC evaluation. Only 14.4% of the patients with indication received palliative evaluation. The main approach taken was the decision not to have cardiopulmonary resuscitation. **Conclusion:** The palliative approach in the ICU is extremely challenging and requires more robust studies for its consistency, however, with the results of this study we emphasize the importance of strengthening Palliative Care within the Intensive Care Unit.

Keywords: Palliative care; Intensive Care Unit; Prognostic index; Terminal illness; Bioethics; Functional scale.

Resumen

Introducción: A medida que la población envejece, aumenta la necesidad de cuidados paliativos (CP) y los cuidados intensivos agresivos deben pasar a los CP. Muchos estudios han demostrado numerosos beneficios del enfoque paliativo en la unidad de cuidados intensivos (UCI), como una disminución de las admisiones, una reducción de la duración de la estancia hospitalaria, un mejor manejo de los síntomas y una mayor satisfacción con los cuidados al final de la vida. **Objetivos:** Evaluar cuántos pacientes ingresados en la UCI cumplen con los criterios para el manejo de la CP y determinar cuántos de estos pacientes fueron evaluados y qué acciones se tomaron. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y observacional, recogiendo datos de las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes que ingresaron en la UCI de Adultos del Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florencia, entre febrero y marzo de 2022. Los pacientes se consideraron elegibles para CP si tenían: 80 años o más, necesitaban una traqueotomía o gastrostomía y/o tenían condiciones subyacentes potencialmente mortales. **Resultados:** Se analizaron 209 nuevas hospitalizaciones, de las cuales el 43,5% fueron indicadas para evaluación de AP. Sólo el 14,4% de los pacientes con indicación recibieron evaluación paliativa. La principal actitud adoptada fue la decisión de no realizar reanimación cardiopulmonar. **Conclusión:** Son muchos los desafíos que se encuentran en el abordaje paliativo en la UCI, es sumamente desafiante y requiere estudios más robustos para su consistencia, sin embargo, con los resultados de este estudio destacamos la importancia de fortalecer los Cuidados Paliativos dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Unidad de Terapia Intensiva; Índice pronóstico; Terminalidad; Bioética; Escala funcional.

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, Cuidados Paliativos (CP) consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (Kapadia et.al., 2005)

À medida que a população envelhece, a necessidade de CP aumenta rapidamente. Cerca de 56,8 milhões de pessoas em todo o mundo precisam de cuidados paliativos a cada ano, a maioria adultos (67,1%), e essa necessidade deve dobrar até 2060. (Rao S.R., et.al.,2022) A necessidade de CP está presente em todos os níveis de atendimento, primário, secundário e serviços especializados, incluindo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (D'Alessandro et al., 20220).

Com o avanço da medicina a capacidade de intervenção médica aumentou, gerando impacto sobre a qualidade de vida nos doentes críticos ou terminais. No mundo atual, mais de 70% das mortes ocorrem em hospitais e mais especificamente em UTI (Nelson, 2006). Cuidados intensivos agressivos devem fazer a transição para CP, uma vez que está claro que o tratamento não alcançará um estado de saúde aceitável para o paciente, evitando assim tratamentos fúteis. Um estudo americano realizado em um hospital de atendimento quaternário avaliou a frequência e o custo de tratamentos percebidos com fúteis pelos médicos assistentes, foram avaliados 1136 pacientes sendo que 123 (11%) receberam tratamento fútil, destes, 84 morreram antes da alta hospitalar e 20 dentro de 6 meses de cuidados na UTI (taxa de mortalidade de 6 meses de 85%), com sobreviventes permanecendo em estados de saúde severamente comprometidos. O custo do tratamento fútil em cuidados intensivos foi estimado em US \$ 2,6 milhões (Seaman et al., 2022). Estudo europeu também identificou que 27% dos médicos de 82 diferentes UTIs acreditavam ter realizado tratamentos fúteis a pelo menos 1 paciente (Rosenthal et al.,2022). Outro estudo canadense mostrou que 87% dos médicos acreditam ter realizado tratamento fútil em algum momento do ano anterior, por motivos como pressão de familiares ou legais e incerteza prognóstica (Walker et al., 2013).

No Brasil, os estudos têm mostrado um aumento nas práticas de limitação terapêutica nos últimos anos, mas ainda diferem daquelas utilizadas em países do hemisfério norte, que muitas vezes empregam abordagens proativas, como a descontinuação da ventilação mecânica. Essa diferença pode ser devido à diversidade cultural, religiosa, social, econômica e legal (Khandelwal et al.,2015). Outras barreiras identificadas a realização dos CP na UTI incluem dificuldade de maneira objetivas para prognosticar os pacientes, expectativas irreais do paciente/família, incapacidade dos pacientes de participar das

discussões, falta de diretrizes antecipadas, treinamento médico insuficiente em comunicação e demandas concorrentes sobre o tempo dos médicos, além de fatores da instituição/UTI, como espaço insuficiente para reuniões familiares e falta de serviço de CP (Mercadante et al., 2018; Piers et al., 2011; Nelson et al., 2011).

Uma revisão sistemática concluiu que, apesar da grande variação no tipo e qualidade do estudo, os pacientes que receberam planejamento antecipado de cuidados ou intervenções de CP mostraram consistentemente um padrão de diminuição das admissões na UTI e redução do tempo de permanência na UTI (Moritz et. al., 2009). Os benefícios da avaliação do cuidado paliativo na UTI também incluem o manejo adequado de sintomas como dor, sede, ansiedade, distúrbios do sono e dispneia, frequentemente presentes em pacientes críticos, bem como auxiliar no sofrimento psicológico e físico dos familiares, pois comumente eles experimentam depressão, medo, ansiedade e sintomas precoces de estresse pós-traumático. Estudos mostraram que a preparação para a morte, através de comunicação de boa qualidade e suporte para tomada de decisão compartilhada, foi associada a melhores avaliações de qualidade e aumento da satisfação com os cuidados no final da vida. (Moritz et.al., 2009; Mularski et al., 2005).

Para atender às necessidades de CP de pacientes críticos e seus familiares, a realização de uma avaliação apenas por equipe especializada seria incapaz de alcançar a todos, portanto, tem sido recomendado um modelo misto, onde os cuidados paliativos primários de médicos de UTI são combinados com médicos especialistas, chamado de modelo integrativo. Diante desse cenário é necessário melhorar a capacidade dos médicos de UTI para prestar cuidados paliativos básicos e ampliar a equipe profissional especializada (Nelson et al., 2011).

O objetivo do nosso trabalho é identificar a porcentagem de pacientes internados na UTI que apresentam critérios para abordagem de cuidados paliativos e qual foi o critério mais prevalente. Dentro desse grupo de pacientes temos o objetivo de constatar quantos tiveram essa abordagem documentada em prontuário, qual foi a conduta nesses casos e verificar se, uma vez optado por alguma conduta paliativa, ela foi mantida até o final da internação do paciente na UTI.

2. Metodologia

Trata-se de estudo retrospectivo, transversal e observacional (Pereira, et.al.;2018) no qual, foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob número: 584101122.8.000.5451, foi realizado coleta de dados nos prontuários eletrônicos, através do programa EPIMED UTI, de todos os pacientes que estiveram internados na UTI Adulto do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence (HMJCF) no período de fevereiro e março de 2022. Foram colhidos dados clínicos de idade, sexo, diagnóstico da admissão, Simplified Acute Physiology Score III (SAPS) da admissão, comorbidades prévias, tempo de internação e mortalidade. A partir desses dados foram avaliados os pacientes que seriam elegíveis para CP.

Após revisão de literatura estabelecemos como elegíveis a avaliação dos CP os pacientes com algum dos seguintes critérios: idade maior ou igual a 80 anos, necessidade de realização de traqueostomia ou gastrostomia e presença de condições de base ameaçadoras a vida como: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) com necessidade de oxigênio domiciliar, Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC) classe III ou IV da New York Heart Association (NYHA), Doença Renal Crônica (DRC) estágio 3 ou 4, Doença Hepática Crônica (CHILD C), câncer metastático, síndrome demencial com dependência funcional prévia, pacientes em pós Parada Cardiorrespiratória (PCR) e pacientes com insulto neurológico agudo (traumatismo craniano/ acidente vascular cerebral/ encefalopatia anoxia) com necessidade de Ventilação Mecânica (VM). (Piers R.D. et al., 2011; Mercadante S., Georgetti C. and Cortegiani A. 2018; Aslakson R. et al., 2014, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020)

No grupo de pacientes considerados elegíveis aos CP, foi realizada busca nos prontuários, através do sistema de gestão hospitalar TAZY, para avaliar quais deles tiveram essa abordagem documentada e qual foi a conduta paliativa tomada

pela equipe da UTI: reunião em equipe, reunião familiar, manejo de sintomas, sedação paliativa, opção de alguma limitação terapêutica e qual foi essa limitação, retirada de algum suporte ou se fora optado por manter a conduta que já estava sendo realizada. Buscamos ainda avaliar se, uma vez optado por alguma conduta paliativa, ela foi mantida até o final da internação do paciente na UTI.

Para análise dos dados, utilizou-se distribuição de frequências e números absolutos e relativos, apresentadas em tabelas para análise estatística simples.

3. Resultados

Durante o período de fevereiro a março de 2022 houve 209 novas internações no setor da UTI do HMJCF e todos os pacientes foram incluídos no estudo. O tempo médio de internação na UTI foi de 7,9 dias, o sexo masculino teve prevalência de 67,5%, o feminino de 32,5% e a média de idade global foi de 59, 15 anos (DP 18,1). As comorbidades mais prevalentes nos pacientes do estudo foram: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus não especificado, etilismo e tabagismo. O SAPS 3 médio encontrado foi de 58, com taxa de mortalidade prevista de 42,9% corrigido para América Latina. A taxa de mortalidade encontrada no estudo foi de 23,5%, receberam alta 56% dos pacientes, 4,3% foram transferidos a outras instituições e 16,2% ainda estavam internados ao término do período do estudo (Quadro 1).

Quadro 1 - Dados clínicos e demográficos dos pacientes do estudo.

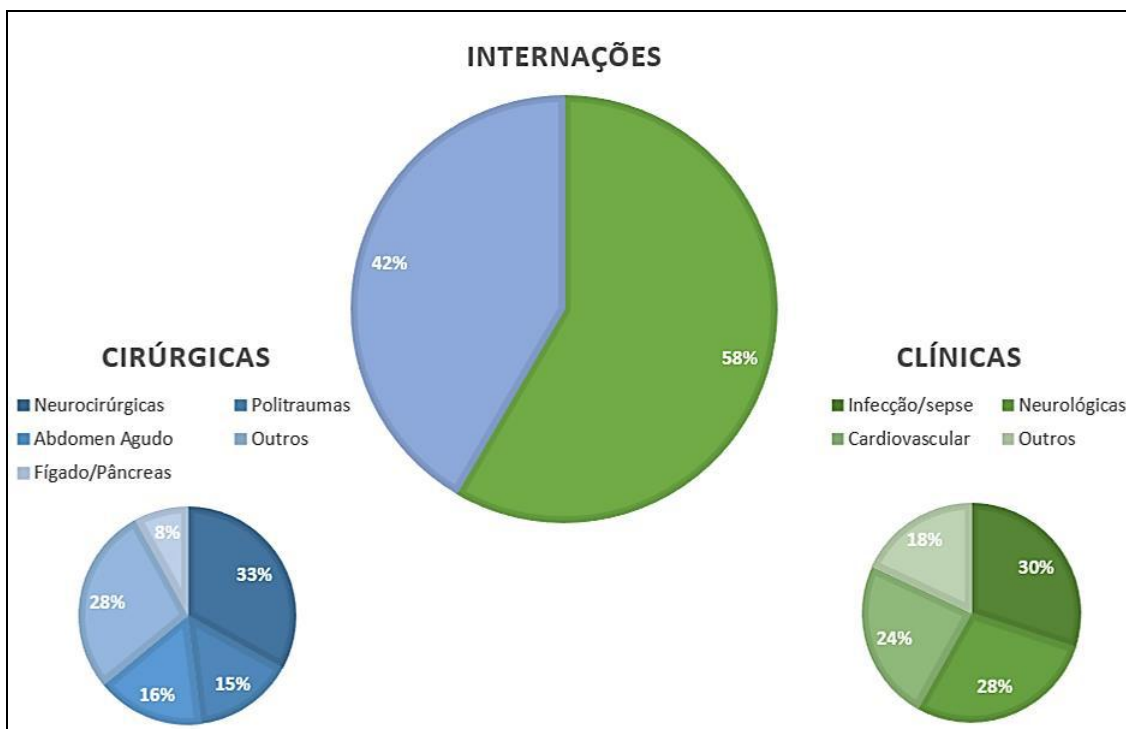
	n	%
Idade		
Média (mín-máx)	59,1 (17-97)	
Desvio padrão	18,1	
Gênero		
Masculino	141	67,5%
Feminino	68	32,5%
SAPS 3		
Média	58	
Desvio padrão	15,5	
Probabilidade de óbito*		42,9%
Desfecho		
Alta	117	56%
Óbito	49	23,5%
Internados	34	12,2%
Transferência	9	4,3%
Comorbidades		
Hipertensão arterial	94	
Diabetes Melitus	47	
Tabagismo	25	
Etilismo	21	
Insuficiência coronariana	19	
Dislipidemia	18	
Doença Renal Crônica	16	
Insuficiência cardíaca	14	
Outras	56	
Nenhuma	18	
Tipo de internação		
Clínica	122	58,4%
Cirúrgica	87	41,6%
Tempo de internação	7,9	

* Ajustado para América Latina

*n=números absolutos da amostra. % números demonstrados no percentual em relação aos números absolutos descritos. Quadro elaborado pelos autores (2024).

As internações por motivo clínico ocorrem em 122 pacientes (58,4%), e as categorias de diagnósticos mais comuns foram: infecção/sepse, neurológico e cardiovascular. As internações cirúrgicas ocorreram em 87 pacientes (41,6%), sendo as categorias de diagnósticos mais prevalentes: neurocirurgias, abdômen agudo, politraumas e cirurgias de fígado/pâncreas (Figura 1).

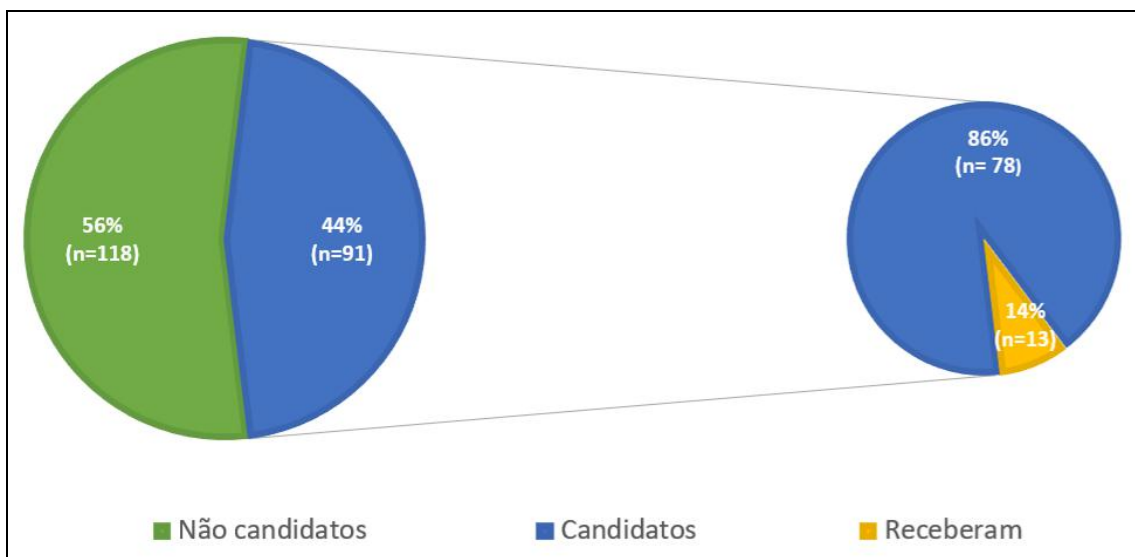
Figura 1 - Distribuição dos tipos de internação e categorias de diagnósticos mais prevalentes no estudo.



Fonte: Autores (2024).

Dos 209 pacientes do estudo, 91 (43,5%) tinham um ou mais critérios de avaliação para cuidados paliativos e apenas 13 pacientes a receberam (14,4%) (Figura 2).

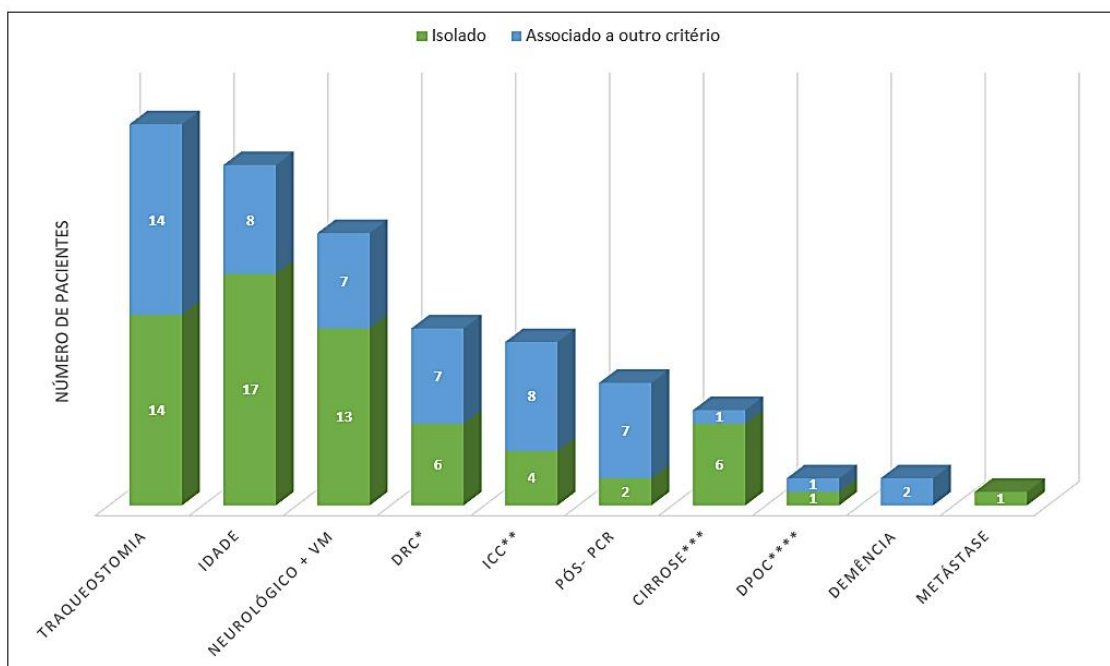
Figura 2 - Porcentagem dos pacientes candidatos a avaliação dos cuidados paliativos e porcentagem dos pacientes que a receberam.



Fonte: Autores (2024).

O critério mais prevalente de indicação para avaliação de CP foi a presença de traqueostomia (n=28), seguidos de idade maior que 80 anos (n=25), paciente com insulto neurológico agudo com necessidade de VM (n=20), DRC estágio 3 e 4 (n=13), ICC classe NYHA III/IV (n=12), pacientes em pós- PCR (n=9), cirróticos CHILD C (n=7) e com menor incidência, demência com dependência funcional (n=2), DPOC oxigênio-dependente (n=2) e câncer metastático (n=1). A maioria (53,8%) dos pacientes apresentavam mais de um critério e, de forma isolada, os critérios mais prevalentes foram idade, paciente com insulto neurológico agudo com necessidade de VM e traqueostomia (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição dos critérios de indicação par avaliação dos cuidados paliativos.



VM= ventilação mecânica, DRC= doença renal crônica, ICC= insuficiência cardíaca crônica, PCR= parada cardiorrespiratória, DPOC= doença pulmonar obstrutiva crônica.

* Estágio 3 e 4, ** Classificação New York Heart Association III e IV, *** Classificação CHILD C, **** Oxigênio dependente.

Fonte: Autores (2024).

Quanto aos dados clínicos e epidemiológicos, os pacientes com indicação de avaliação de CP tinham média de idade de 67,5 (DP 17,9), com tempo de permanência médio de 11,1 dias, sendo 74,7% do sexo masculino e 25,3% do sexo feminino. A maioria desses pacientes estava internada por motivo clínico (73,6%). O SAPS 3 médio foi de 60, com mortalidade prevista, ajustada para América Latina de 47,9%. A taxa de mortalidade desse grupo de paciente foi de 37,4%, receberam alta 35,2%, foram transferidos a outra instituição 2,1% e 25,3% ainda estavam internados após o período do estudo. No subgrupo que recebeu a avaliação de CP a mortalidade foi de 77%, seguiam internados 15,3% dos pacientes e apenas 1 (7,7%) recebeu alta da UTI. Ainda sobre esse subgrupo, o tempo de internação foi mais prolongado, de 18,8 dias, a gravidade maior com SAPS 3 de 68 (66,8% de mortalidade prevista ajustado para América Latina), idade média de 68,8 anos sendo 54% homens e 46% mulheres. A maioria deles o motivo da internação era clínico (84,6%) (Quadro 2).

Tabela 2 - Dados clínicos e demográficos dos pacientes com critérios de avaliação de cuidados paliativos e dos que receberam essa avaliação da UTI.

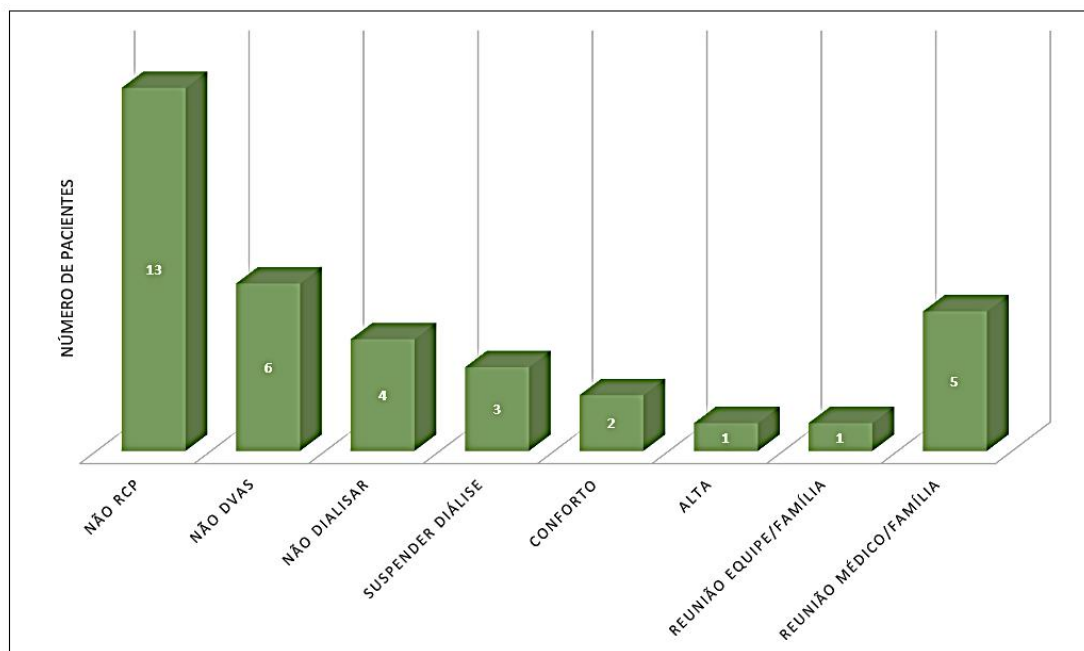
Dados	Pacientes candidatos (N=91)		Pacientes que receberam (N=13)	
	n	%	n	%
Idade				
Média (mín-máx)	67,5 (26-97)		68,8 (42-88)	
Desvio padrão	17,9		17,6	
SAPS 3				
Média	60		68	
Desvio padrão	15,4		15,3	
Probabilidade de óbito*		47,9%		66,8%
Gênero				
Masculino	68	74,7%	7	54%
Feminino	23	25,3%	6	46%
Desfecho				
Alta	32	35,2%	1	7,7%
Óbito	34	37,4%	10	77,0%
Internados	23	25,3%	2	15,3%
Transferência	2	2,1%	0	0
Tipo de internação				
Clínica	67	73,6%	11	84,6%
Cirúrgica	24	26,4%	2	15,4%
Tempo de internação	11,1		18,9	
* Ajustado para América Latina				

*n=números absolutos da amostra. % números demonstrados no percentual em relação aos números absolutos descritos. Quadro elaborado pelos autores (2024).

Uma vez optado por alguma conduta paliativa ela foi mantida até o desfecho dos pacientes. As informações no prontuário quanto a avaliação paliativa era breve, algumas vezes estabelecidas como limitação terapêutica, sem maiores detalhes. Dos 13 pacientes deste grupo, em apenas 1 caso foi registrado conferência familiar com equipe multidisciplinar, mas em 5 casos houve relato de conversa do médico com familiares. Em todos dos pacientes houve decisão de não Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), em 6 casos decisão de não iniciar ou não progredir doses de Drogas Vasoativas (DVAs), em 4

pacientes decisão de não dialisar e em 3 casos houve suspensão de tal procedimento. Em 2 casos foi relatado priorização de medidas de conforto ao paciente. Apenas 1 paciente recebeu alta após avaliação paliativa na UTI (Figura 4).

Figura 4 - Condutas tomadas após avaliação para cuidados paliativos.



RCP = ressuscitação cardiopulmonar, DVAS= drogas vasoativas.

Fonte: Autores (2024).

4. Discussão

O HMJCF trata-se de um hospital público, com 100% do atendimento pelo SUS, sendo referência em assistência hospitalar de média e alta complexidades, com ênfase em urgência, emergência e trauma na cidade de São José dos Campos. O hospital possui 382 leitos de internação, sendo 40 leitos de UTI adulto. Conta ainda com pronto socorro adulto e infantil, centro cirúrgico, centro obstétrico com foco no atendimento às gestantes de alto risco e ambulatório para consultas e exames.

A UTI destina-se a diagnosticar, tratar e manter doentes em eminente risco de vida, porém potencialmente reversíveis. Por outro lado, pacientes agudamente enfermos podem evoluir com falência múltipla de órgãos e sistemas e tornarem doentes terminais dentro da UTI.

Os CP cada vez mais vêm ganhando importância na UTI, visando qualidade de vida e alívios dos sintomas quando as medidas curativas já não são mais eficazes.

Estabelecer critérios para identificar candidatos a avaliação dos CP na UTI foi um desafio, não só nesse estudo, mas como na literatura em geral. Nelson et al realizou uma revisão sistemática sobre critérios para avaliação paliativa na UTI e encontrou poucos relatórios com informações detalhadas sobre os métodos utilizados para escolher tais critérios, embora o objetivo principal geralmente pareça ser a identificação de pacientes com alto risco de óbito na UTI ou hospitalar. Tal revisão recomenda que os critérios sejam individualizados, levando em consideração a realidade de cada serviço, bem como dos pacientes e familiares, e mostra que, independentemente de quais sejam estes critérios, uma busca ativa por esses pacientes tende a ser benéfica (Mercadante et al., 2018).

Através dos critérios estabelecidos em nosso estudo encontramos que 43,5% dos pacientes internados na UTI eram candidatos a avaliação dos CP e dentre esses pacientes apenas 14,4% a receberam. A dificuldade em estabelecer critérios causa

uma heterogeneidade nos estudos, podendo interferir nas comparações, mas o resultado do estudo se aproxima a outro estudo brasileiro, de Santa Catarina, que identificou que 50% dos pacientes da UTI teriam critérios para avaliação dos CP e que apenas 14,5% deles a receberam (WorldWide Hospice Palliative Care Alliance, 2020). Estudos americanos demonstram uma maior porcentagem dessa avaliação nas UTIs. (Norton et.al.,2007) em um hospital, que tinha uma equipe de CP, identificou que 84% dos pacientes da UTI tinham critérios e 65% foram avaliados (Cassettari & Moritz, 2015; Walker et. al., 2013) em um estudo retrospectivo constatou que após uma pré-integração houve um aumento significativo de avaliação de CP, ocorrendo em 45,7% dos pacientes internados, gerando diminuição do tempo de internação na UTI, sem interferir na taxa de mortalidade hospitalar (Mani et al., 2009).

Existem muitas barreiras que podem contribuir para o resultado de baixa avaliação dos CP dentro das UTIs tais como a alta demanda da equipe, falta de treinamento adequado e preocupações éticas, mas esse não era objetivo desse estudo, porém mais pesquisas nesse campo devam ser estimuladas a fim de entender as dificuldades e buscar melhorias.

O principal critério de indicação para avaliação dos CP foi traqueostomia, seguidos de idade maior que 80 anos e pacientes com insulto neurológico agudo com necessidade de VM. Estudo multinacional de coorte prospectivo de fatores de risco de mortalidade em 198 UTIs de 12 países latino-americanos, publicado em 2022, identificou idade avançada, uso de ventilação mecânica prolongada e insulto neurológico como fatores de risco independentes para pior prognóstico.²³ Outro estudo brasileiro identificou traqueostomia como fator associado a mortalidade (Norton et. al.,2007). Diante disso a avaliação paliativa nesses pacientes parecer ser assertiva.

No estudo os pacientes que receberam avaliação paliativa na UTI tiveram uma mortalidade alta de 77%, estando acima do estimado e tiveram tempo prolongado de internação de 18.9 dias. Tal resultado é semelhante a outros estudos 5,9 e pode ser relativamente explicado pelo fato de tratar-se de pacientes mais graves, com SAPS mais alto e com pior prognóstico, mas acreditamos ainda que possa ser também influenciado por uma indicação muito tardia, com pacientes já em fase final de vida e já internados há vários dias na UTI. Isso demonstra a importância de valorização e incentivo dos cuidados paliativos na UTI, pois estudos identificaram que após uma abordagem mais proativa houve redução de tempo de internação, sem aumento na mortalidade, melhorando a qualidade de assistência na hora da morte percebida pelos pacientes e familiares (World health organization, 2002; Cassettari & Moritz, 2015, Moritz, 2009).

Quanto as intervenções tomadas nos 13 pacientes que foram avaliados pelos CP notamos que eram descritas de forma muito breve no prontuário. Apenas 1 conferência familiar com equipe multidisciplinar e em horário especial foi relatada. Houve relato de discussão entre médico e familiares em 5 casos. Tal resultado pode ser espelho da restrição de tempo e local adequado para essas conferências em nossas UTIs, barreiras as quais já foram identificadas em outros estudos (Liu et al., 2017).

Observamos também que a conduta de não iniciar alguma medida invasiva foi mais realizada do que retirar algo já instituído. O que se mostra semelhante a 2 estudos indianos que constataram que a terapia foi limitada em 34% e 58% das mortes na UTI, mas retirada em apenas 8% e 7% das vezes (Hua et al. 2014; Palda et al., 2005).

Uma revisão pontuou que a dificuldade em retirar suporte era influenciada por questões culturais, preocupações éticas/legais e opinião dos familiares, e de que parece haver uma dificuldade maior em lidar com essa questão em países de baixa renda (Oliveira et al., 2010).

Muitos são os desafios encontrados para a abordagem paliativa na UTI e com nossos resultados desejamos que tenha sido salientada a importância do fortalecimento dessa área em nosso serviço.

5. Conclusão

Concluimos que, durante o período do estudo, 43,5% dos pacientes internados na UTI do HMCF tinham um ou mais critérios para avaliação dos cuidados paliativos e apenas 14,4% a receberam. O critério mais prevalente de indicação foi a presença de traqueostomia. A principal conduta tomada foi a decisão de não reanimação cardiopulmonar. Uma vez optado pela conduta paliativa ela foi mantida durante a internação e foi relatada em prontuário de forma breve. Nesse sentido, entendemos que futuros artigos devem focar na integração e avaliação dos cuidados paliativos na UTI sob múltiplos aspectos, incluindo identificação de necessidades, impacto na qualidade de vida, educação e treinamento de profissionais, integração na prática clínica, resultados clínicos e econômicos, questões éticas e legais, e considerações culturais e psicológicas. Essa abordagem multidimensional pode ajudar a desenvolver práticas mais eficazes e humanizadas na UTI, melhorando os resultados para pacientes e famílias.

Agradecimentos

Ao Hospital Municipal Doutor José de Carvalho Florence, aos pacientes internados na UTI dessa instituição e ao centro de pesquisa do mesmo hospital.

Referências

- Aslakson, R., Cheng, J., Vollenweider, D., Galusca, D., Smith, T. J., & Pronovost, P. J. (2014). Evidence-based palliative care in the intensive care unit: a systematic review of interventions. *Journal of palliative medicine*, 17(2), 219–235. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0409>
- Cassettari AJ, Moritz RD. Pacientes críticos elegíveis para avaliação paliativista. (2016). *Arquivos Catarinenses De Medicina*, 44(2), 60-73. <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/26>
- Casale, G., Magnani, C., Fanelli, R., Surdo, L., Goletti, M., Boyd, K., D'Angelo, D., Mastroianni, C., & SPICT-IT™ study group (2020). Supportive and palliative care indicators tool (SPICT™): content validity, feasibility and pre-test of the Italian version. *BMC palliative care*, 19(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00584-3>
- D'Alessandro, M. P. S. (Ed.). (2023). *Manual de cuidados paliativos (2ª ed.)*. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde.
- Hinkle, L. J., Bosslet, G. T., & Torke, A. M. (2015). Factors associated with family satisfaction with end-of-life care in the ICU: a systematic review. *Chest*, 147(1), 82–93. <https://doi.org/10.1378/chest.14-1098>
- Hsu-Kim, C., Friedman, T., Gracely, E., & Gasperino, J. (2015). Integrating Palliative Care into Critical Care: A Quality Improvement Study. *Journal of intensive care medicine*, 30(6), 358–364. <https://doi.org/10.1177/0885066614523923>
- Hua, M. S., Li, G., Blinderman, C. D., & Wunsch, H. (2014). Estimates of the need for palliative care consultation across united states intensive care units using a trigger-based model. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 189(4), 428–436. <https://doi.org/10.1164/rccm.201307-1229OC>
- Huynh, T. N., Kleerup, E. C., Wiley, J. F., Savitsky, T. D., Guse, D., Garber, B. J., & Wenger, N. S. (2013). The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA internal medicine*, 173(20), 1887–1894. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.10261>
- Kapadia, F., Singh, M., Divatia, J., Vaidyanathan, P., Udawadia, F. E., Raisinghaney, S. J., Limaye, H. S., & Karnad, D. R. (2005). Limitation and withdrawal of intensive therapy at the end of life: practices in intensive care units in Mumbai, India. *Critical care medicine*, 33(6), 1272–1275. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000165557.02879.29>
- Khandelwal, N., Kross, E. K., Engelberg, R. A., Coe, N. B., Long, A. C., & Curtis, J. R. (2015). Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: a systematic review. *Critical care medicine*, 43(5), 1102–1111. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000852>
- Liu, X., Dawod, Y., Wonnapharhown, A., Shafi, A., Doo, L., Yoo, J. W., Ko, E., & Choi, Y. S. (2017). Effects of hospital palliative care on health, length of stay, and in-hospital mortality across intensive and non-intensive-care units: A systematic review and metaanalysis. *Palliative & supportive care*, 15(6), 741–752. <https://doi.org/10.1017/S1478951516001164>
- Mani, R. K., Mandal, A. K., Bal, S., Javeri, Y., Kumar, R., Nama, D. K., Pandey, P., Rawat, T., Singh, N., Tewari, H., & Uttam, R. (2009). End-of-life decisions in an Indian intensive care unit. *Intensive care medicine*, 35(10), 1713–1719. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1561-x>
- Mercadante, S., Gregoret, C., & Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC anesthesiology*, 18(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0574-9>
- Moritz, R. D., Lago, P. M. do., Deicas, A., Nilson, C., Machado, F. O., Othero, J., Piva, J. P., Rossini, J. P., Rovatti, K., Azeredo, N., Silva, N. B. da., & Pusch, R.. (2009). 1º Forum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 21(3), 306–309. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2009000300011>

Moritz, R. D., Lago, P. M., Souza, R. P., Silva, N. B., Meneses, F. A., Othero, J. C., Machado, F. O., Piva, J. P., Dias, M. D., Verdeal, J. C., Rocha, E., Viana, R. A., Magalhães, A. M., & Azeredo, N. (2008). End of life and palliative care in intensive care unit. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 20(4), 422–428.

Mularki, R. A., Heine, C. E., Osborne, M. L., Ganzini, L., & Curtis, J. R. (2005). Quality of dying in the ICU: ratings by family members. *Chest*, 128(1), 280–287. <https://doi.org/10.1378/chest.128.1.280>

Nelson, J. E., Curtis, J. R., Mulkerin, C., Campbell, M., Lustbader, D. R., Mosenthal, A. C., Puntillo, K., Ray, D. E., Bassett, R., Boss, R. D., Brasel, K. J., Frontera, J. A., Hays, R. M., Weissman, D. E., & Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Project Advisory Board (2013). Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: a report from the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board. *Critical care medicine*, 41(10), 2318–2327. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31828cf12c>

Nelson J. E. (2006). Identifying and overcoming the barriers to high-quality palliative care in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 34(11 Suppl), S324–S331. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000237249.39179.B1>

Norton, S. A., Hogan, L. A., Holloway, R. G., Temkin-Greener, H., Buckley, M. J., & Quill, T. E. (2007). Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. *Critical care medicine*, 35(6), 1530–1535. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000266533.06543.0C>

Oliveira, A. B. F. de., Dias, O. M., Mello, M. M., Araújo, S., Dragosavac, D., Nucci, A., & Falcão, A. L. E.. (2010). Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 22(3), 250–256. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2010000300006>

Palda, V. A., Bowman, K. W., McLean, R. F., & Chapman, M. G. (2005). "Futile" care: do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of critical care*, 20(3), 207–213. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2005.05.006>

Pereira, A. S., Shitsuk, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. Editora Atlas.

Piers, R. D., Azoulay, E., Ricou, B., Dekeyser Ganz, F., Decruyenaere, J., Max, A., Michalsen, A., Maia, P. A., Owczuk, R., Rubulotta, F., Depuydt, P., Meert, A. P., Reyners, A. K., Aquilina, A., Bekaert, M., Van den Noortgate, N. J., Schrauwen, W. J., Benoit, D. D., & APPROPRICUS Study Group of the Ethics Section of the ESICM (2011). Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA*, 306(24), 2694–2703. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1888>

Rao, S. R., Salins, N., Joshi, U., Patel, J., Remawi, B. N., Simha, S., Preston, N., & Walshe, C. (2022). Palliative and end-of-life care in intensive care units in low- and middle-income countries: A systematically constructed scoping review. *Journal of critical care*, 71, 154115. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2022.154115>

Rosenthal, V. D., Yin, R., Valderrama-Beltran, S. L., Gualtero, S. M., Linares, C. Y., Aguirre-Avalos, G., Mijangos-Méndez, J. C., Ibarra-Estrada, M. Á., Jimenez-Alvarez, L. F., Reyes, L. P., Alvarez-Moreno, C. A., Zuniga-Chavarria, M. A., Quesada-Mora, A. M., Gomez, K., Alarcon, J., Oñate, J. M., Aguilar-De-Moros, D., Castaño-Guerra, E., Córdoba, J., Sassoe-Gonzalez, A., ... Jin, Z. (2022). Multinational Prospective Cohort Study of Mortality Risk Factors in 198 ICUs of 12 Latin American Countries over 24 Years: The Effects of Healthcare-Associated Infections. *Journal of epidemiology and global health*, 12(4), 504–515. <https://doi.org/10.1007/s44197-022-00069-x>

Seaman, J. B., Rak, K. J., Carpenter, A. K., Arnold, R. M., & White, D. B. (2022). Intensive Care Unit Clinicians' Perspectives on Achieving Proactive Interprofessional Family Meetings. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 31(2), 129–136. <https://doi.org/10.4037/ajcc2022719>

Walker, K. A., Mayo, R. L., Camire, L. M., & Kearney, C. D. (2013). Effectiveness of integration of palliative medicine specialist services into the intensive care unit of a community teaching hospital. *Journal of palliative medicine*, 16(10), 1237–1241. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0052>

World Health Organization. Executive summary: national cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: WHO; 2002. Available from: <http://www.who.int/cancer>. Accessed 23 September 2002. 2) World Health Organization. New cancer report offers hope for patients and communities [press release]. Geneva: WHO; 2002. Available from: <http://www.who.int>. Accessed 1 July 2023.

Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. (2020). *Global atlas of palliative care* (2nd ed.). WHPCA.