



ARTIGO ORIGINAL

CONSULTORIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**PALLIATIVE CARE CONSULTATION IN AN INTENSIVE CARE UNIT**Gabriel Hahn Monteiro Lufchitz¹Rachel Duarte Moritz²Ana Maria Nunes de Faria Stamm³**RESUMO**

A promoção dos cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva promove melhora da qualidade do atendimento, principalmente quanto ao controle dos sintomas dos pacientes e a melhor satisfação dos familiares. Modelos têm sido recomendados para a implantação desses cuidados. Com esse objetivo tem sido realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina uma visita paliativista semanal. Este trabalho procurou analisar o conteúdo das consultorias paliativistas. Trata-se de estudo com enfoque qualitativo dos diálogos entre os consultores paliativistas e os profissionais da unidade de terapia intensiva. Por meio de anotações de campo, foram coletados os principais diálogos entre os participantes, e também a data e tempo de duração da reunião, quantidade e especialidade dos participantes, tempo entre internação e discussão do caso. Os dados transcritos foram analisados por meio do método de análise qualitativa de conteúdo, com resumo dos textos nas principais categorias abordadas. Entre abril e julho de 2014 internaram 106 pacientes, sendo discutidos 14 casos (13,2%). O tempo médio entre admissão e discussão foi de 14 dias. Os médicos foram os profissionais com maior participação nas discussões. Os principais assuntos discutidos foram relacionados a avaliação prognóstica, avaliação das preferências da família, manutenção e limitação de esforços terapêuticos. Poucos pacientes internados receberam consultoria em Cuidados Paliativos, havendo longo tempo entre admissão e consultoria. As maiores dificuldades detectadas foram relacionadas às definições prognósticas e à comunicação com a família.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Medicina intensiva. Terminalidade. Cuidados no fim da vida.

ABSTRACT

Initiatives to implement Palliative Care in the intensive care unit may improve symptom management and family satisfaction for patients with serious illness, reduce hospital length of stay, use of ineffective medical therapies and cost savings. There are models for implementing these initiatives. At university hospital in Florianópolis, Brazil, there are regular meetings between palliative care consultants and intensive care unit staff. The purpose of this study was to examine the main contents of palliative care consultations carried out in the intensive care unit at the university hospital. This is a descriptive study that used participant observation as a method for data collection. Field notes were completed with dates, length of stay, number of participants and main contents from the meetings, and then qualitative content analysis was applied into the textual material. All meeting content was included in the study. Between April and July 2014, 106 patients were admitted and 14 (13,2%) were

¹ Médico graduado pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Especialista em Medicina Paliativa pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (2013). E-mail: gabriel.lufchitz@gmail.com.

² Médica graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1981). Doutorado em Engenharia de Produção pela UFSC (2002). Professora do Departamento de Clínica Médica da UFSC. E-mail: rachel@hu.ufsc.br.

³ Médica graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1977). Doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2007). Professora do Departamento de Clínica Médica da UFSC. E-mail: anamnfstamm@gmail.com.



selected to receive palliative care consultation. Average length of stay to receive consultation was 14 days. The physicians were the most participative during the meetings. The main subjects discussed during consultations were related to prognostic uncertainty, family support and use or withdrawal of life-sustaining treatments. Few patients received palliative care consultation at the university hospital, with long length of stay until first consultation. The most important barriers were related to prognosis assessment and communication with the families.

Keywords: Palliative care. Intensive care. Intensive care unit. Terminal Care.

INTRODUÇÃO

A Medicina Paliativa, área médica especializada em Cuidados Paliativos (CP), busca a qualidade da vida dos pacientes que sofrem de doenças que ameacem a continuidade da vida, com controle adequado dos seus sintomas, respeito a sua autonomia e não prolongamento do morrer. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual⁽¹⁾.

Desde o início dos anos 90, o campo da Medicina Paliativa tem crescido exponencialmente. Embora a abordagem paliativista tenha sido inicialmente implantada na Oncologia Clínica, no mundo atual a Medicina Paliativa tem ganhando espaço e reconhecimento no cuidado de pacientes com outras doenças crônico-degenerativas, tais como a doença pulmonar obstrutiva crônica, a insuficiência cardíaca ou as doenças neuro-degenerativas. Atualmente, 63% de todos os hospitais norte-americanos (EUA) e 85% dos hospitais de médio e grande porte dos EUA possuem uma equipe de CP⁽²⁾. No Brasil, ainda é incipiente a introdução dos CP, tanto nos hospitais quanto no tratamento ambulatorial ou domiciliar. Nesse país, somente nos últimos anos têm sido discutido no ramo da bioética, os princípios dos cuidados no final da vida⁽³⁾.

A evolução da medicina intensiva nos últimos anos, com avanços consideráveis nos campos de farmacologia e biotecnologia, tem permitido a recuperação e a cura de seres humanos acometidos pelas mais adversas condições clínicas em unidades de terapia intensiva (UTIs). Entretanto, esse aparato tecnológico tem permitido também o prolongamento do morrer, tornando essencial o treinamento do médico intensivista em Medicina Paliativa⁽⁴⁾. São constantes os questionamentos de quais são os limites de atuação para prolongar uma vida ou adiar a morte e em quais situações existe a necessidade de intervir para reabilitar, para curar, para reverter, ou então para promover um fim de vida digno e confortável, dando suporte ao paciente com doença terminal e aos seus familiares. Essa realidade tem gerado uma necessidade crescente da implantação de protocolos de Cuidados Paliativos (CP) em UTIs⁽⁵⁻⁹⁾.

Na última década, vários estudos têm demonstrado os benefícios da implementação de equipes de CP dentro dos hospitais. Desses benefícios destaca-se o melhor controle dos sintomas dos pacientes



vítimas de doenças terminais, a maior satisfação dos seus familiares, a redução do tempo de internação nas UTIs e dos custos com os tratamentos⁽¹⁰⁾.

Muitos são os modelos para a introdução de CP em UTIs. Os principais descritos são o consultivo, onde existe um time de consultores externos para avaliação e assistência aos casos selecionados pela equipe e o integrativo, onde os CP são inseridos na prática diária dos profissionais⁽¹¹⁾.

Para a implantação de CP no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foi organizada em 2011, a Comissão de Cuidados Paliativos e Controle da Dor (CCPD). Dentre as atividades dessa comissão, ocorre uma visita semanal entre os consultores paliativistas e a equipe multidisciplinar da UTI.

Na pretensão de identificar quais são as principais dificuldades geradas durante o tratamento do paciente crítico terminal e consequentemente visando a otimização dos CP no hospital e mais especificamente na UTI, propôs-se este trabalho, cujo objetivo principal foi o de analisar o conteúdo das discussões efetuadas durante as reuniões dos profissionais da UTI com os consultores paliativistas do HU/UFSC. Secundariamente foram avaliados quantos casos de pacientes foram levados para discussão, o tempo entre a internação desses doentes e a discussão paliativista, e quais categorias profissionais participaram das reuniões.

MÉTODO

Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Instituição sob o número 710.756. Esta foi uma pesquisa quali-quantitativa, que utilizou o método de observação participante para descrever os dados multifocais (interações, diálogos) das reuniões semanais que ocorreram entre os consultores paliativistas e os membros da equipe multiprofissional da UTI/HU/UFSC. Habitualmente, as reuniões tem duração média de 90 (noventa minutos) e dela participam médicos, médicos residentes; enfermeiros; fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, bem como alunos da residência integrada multiprofissional em saúde e do curso de medicina. Nessa reunião ocorrem discussões de casos de pacientes em estado crítico com evolução para a terminalidade, previamente selecionados pelos médicos do setor, de forma aleatória e subjetiva, para a avaliação conjunta com os consultores paliativistas.

Com o intuito de registrar uma amostra fidedigna dos assuntos envolvidos nas reuniões da UTI, optou-se por uma amostragem de casos determinada a priori, incluindo todos os casos discutidos durante as reuniões num período de quatro meses, incluindo um mês inicial de projeto piloto. O material resultante dessas reuniões foi transcrito em formato de texto, através de anotações de campo realizadas pelo observador em fichas de documentação pré-estabelecidas. Durante a coleta dos dados o



pesquisador absteve-se o máximo possível de tecer comentários. Anotou em cada reunião a data da mesma, o tempo de duração, a quantidade e a especialidade dos participantes, além do tempo decorrido entre a internação do paciente e a discussão do seu caso. Em campos de anotação livre, tentou-se registrar os principais diálogos entre os participantes de cada reunião.

Para a interpretação dos dados obtidos com as transcrições, o pesquisador utilizou o método de análise qualitativa de conteúdo, que inclui um modelo processual de análise e resumo dos textos originais em categorias finais de compreensão. Tal abordagem esquemática de interpretação dos textos permite também quantificar os assuntos contidos dentro do material textual por meio da categorização, possibilitando a hierarquização dos temas abordados durante as reuniões⁽¹²⁾. As categorias deveriam representar os principais temas dentro do contexto de paliativismo na UTI (limitação de esforço terapêutico, avaliação prognóstica, etc). Para tanto, o pesquisador precisou inicialmente encontrar as principais categorias de conhecimento dentro dos referenciais teóricos para posteriormente comparar com as categorias encontradas ao final do processo de análise textual. A integração das novas categorias encontradas através da análise de conteúdo foi interrompida segundo o critério da saturação teórica⁽¹³⁾. Para o seguimento da qualidade da pesquisa qualitativa, os registros foram anotados de forma estruturada e padronizada. Após o preenchimento das fichas pelo pesquisador, as notas de campo foram disponibilizadas aos participantes das reuniões para que os mesmos pudessem avaliar a veracidade dos dados anotados. Ao término da análise de conteúdo dos textos originais, para a verificação da confiabilidade das categorias obtidas, foi solicitado a dois médicos com bom conhecimento sobre CP, uma avaliação objetiva do material encontrado. Um desses profissionais foi um membro externo isto é, não havia participado da pesquisa de campo.

RESULTADOS

Durante os quatro meses de coleta de dados, estiveram internados na UTI do HU 106 pacientes. Desse total, quatorze (13,2%) foram escolhidos pelos médicos da unidade para discussão com os consultores em CP. O tempo médio entre a admissão dos pacientes na UTI e a discussão com os consultores em CP foi aproximadamente de 14 dias, com máximo de 36 e mínimo de 2 dias. Essas discussões ocorreram ao longo de 20 reuniões, ressaltando-se que para alguns pacientes houve rediscussão do caso.

A participação dos profissionais nas reuniões é apontada na Tabela 1, onde o pode-se constatar que a profissão com maior participação nas discussões foi a médica. Os profissionais em formação (residentes) também tiveram participações relevantes. Em menor quantidade, de forma decrescente, tiveram participações os profissionais da fisioterapia, da enfermagem e da psicologia.



Na tabela 2 pode ser constatado o resultado da análise do conteúdo dos textos anotados durante as reuniões, sendo apontados os temas centrais, divididos em categorias (em negrito) e subcategorias e o número de discussões que abordaram os respectivos temas. A categoria de avaliação prognóstica (exemplificada nas falas “*a impressão que dá é que o paciente não conseguiu “engatar”, apesar de todas as intervenções curativas/restaurativas*” ou “*ela está precisando de ventilação pesada, está brigando com o aparelho o tempo todo, os parâmetros da ventilação mecânica estão bem elevados, alta probabilidade de óbito, acha que ela não sobrevive à internação*”) e a categoria de avaliação de compreensão e de preferências da família (p.ex. “*a família está tranquila, ciente da gravidade do quadro, sabe que aqui ela está bem cuidada*” ou “*a família não gostaria que ela fosse submetida a uma nova cirurgia*”) destacaram-se entre as demais, como pode ser verificado na tabela 2. Cabe ressaltar que os recortes colocados como exemplo mostram as falas íntegras dos participantes e não o processo de análise qualitativa de conteúdo por meio do qual chegou-se às categorias centrais de discussão.

DISCUSSÃO

Neste trabalho pode-se constatar que dentre todos os pacientes internados na UTI poucos foram selecionados para discussão paliativista e, que o profissional com participação preponderante foi o médico. As categorias que foram levadas à discussão corresponderam aos principais domínios da medicina paliativa em UTI, isto é, abrangeram principalmente tópicos quanto à tomada de decisão complexa e aos procedimentos técnicos. Esses resultados coincidem com a literatura revisada⁽⁵⁻¹¹⁾.

Durante os 4 meses deste estudo, apenas 13,2% dos pacientes internados na UTI foram selecionados para discussão paliativista, sendo verificado um tempo médio entre a admissão do paciente e a discussão do caso de aproximadamente 14 dias. Embora possa parecer desalentador que na UTI analisada uma percentagem tão baixa de pacientes tenha tido o seu caso discutido, resultados ainda menores são apontados na literatura. Um estudo realizado por Villarreal et al. (2010) em uma UTI de um hospital norte-americano mostrou que apenas 5% dos pacientes internados recebiam consultoria em CP⁽⁹⁾. Outro trabalho norte americano rastreou pacientes durante a admissão na UTI para identificar quais deles seriam candidatos a receber CP na UTI; de todos os pacientes rastreados positivamente, apenas 8% deles receberam pedido de consultoria em CP, com tempo médio de 14 dias entre a admissão e a consultoria⁽¹⁴⁾.

Algumas barreiras para que esses pacientes candidatos possam ter acesso aos CP na UTI podem ser citadas. Em primeiro lugar, a capacidade médica de prognosticar muitas vezes é sem exatidão, o que gera uma inércia prognóstica e um atraso no acesso do paciente aos CP. Por outro lado a formação do médico intensivista é deficiente no que concerne aos CP e, a dinâmica operacional das UTIs não é



direcionada para a oferta desses cuidados. Dessa forma, os cuidados de fim de vida na UTI não são, via de regra, priorizados^(15,16).

Neste estudo foi analisada a implantação das visitas paliativistas na UTI/HU/UFSC, não podendo ser detectado se houve ou não um aumento desses cuidados na unidade. Entretanto pode-se inferir que essas visitas tenham sido um “gatilho” para a melhoria dos CP aos pacientes críticos. Estudos revisados demonstram iniciativas para que haja uma identificação e seleção precoces dos pacientes críticos que devam receber CP de forma preferencial⁽¹⁵⁻¹⁹⁾. Uma das principais estratégias para esse fim é a utilização de critérios clínicos que possam funcionar como “gatilhos” para a consultoria em CP. Tais critérios podem incluir características do paciente (capacidade funcional de base, idade avançada ou presença de doença maligna avançada) e distúrbios agudos selecionados (acidente vascular cerebral difuso pós-parada cardiorrespiratória, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas prolongada). Em algumas UTIs, um consultor paliativista pode participar rotineiramente dos *rounds* na UTI para ajudar na identificação dos pacientes e/ou familiares candidatos aos CP^(9,14,15). No estudo citado de Villarreal et al. (2011), foi detectado que a introdução de rounds com abordagem paliativista na UTI aumentou de 5% para 21% o fornecimento destes cuidados aos pacientes críticos⁽⁹⁾. O estudo de Norton et al. (2007) mostrou que o rastreamento na UTI proporcionou um aumento de 8% para 25% da oferta de consultoria paliativista aos pacientes, e que houve um encurtamento do tempo médio entre a admissão e a consultoria de 14 para 4,9 dias⁽¹⁴⁾.

Os resultados deste trabalho permitiram a constatação de que houve participação primordial dos médicos durante as reuniões paliativistas. Uma possível explicação para esse fato encontra-se no papel essencial do médico no processo de tomada de decisões⁽²⁰⁾, ressaltando-se a responsabilidade desta categoria profissional na prescrição de terapias específicas. Foi também notado que os profissionais da enfermagem pouco participaram das reuniões. Em muitas ocasiões o principal argumento para essa pouca participação foi a de que esses profissionais não poderiam se afastar de suas atividades assistenciais. Deve-se lembrar que uma desvantagem do modelo consultivo, avaliado neste estudo, é a falta de incentivo da equipe da UTI em aprimorar-se nos conceitos e técnicas de CP, principalmente quando os consultores são externos, ou seja, quando não integram a equipe da UTI⁽⁵⁾.

Com relação ao conteúdo debatido nas reuniões analisadas, todas as discussões envolveram o tema central de “tomada de decisões complexas”. As subcategorias que tiveram maior destaque foram: avaliações prognósticas e avaliações de compreensão e preferências da família.

A avaliação prognóstica é uma das tarefas chave do serviço de CP hospitalar^(20,21). Um estudo dentro de um hospital norte americano mostrou que 95% dos 325 encaminhamentos para um serviço de CP foram efetuados para avaliação prognóstica⁽²²⁾, número semelhante aos 90% das discussões envolvendo avaliações prognósticas no presente estudo. Foi também constatado que as discussões



envolvendo avaliações prognósticas ocorreram dentro de duas possibilidades: 1) profissionais chegando a um consenso sobre a estimativa prognóstica e 2) profissionais divergindo sobre a estimativa prognóstica. Pôde-se perceber que houve uma dificuldade em avançar no processo de tomada de decisões quando havia incerteza prognóstica. Muitas são as razões para essa dificuldade, sendo apontadas causas como a falta de treinamento e a incerteza inerente ao processo de prognosticar. Outras barreiras para o desenvolvimento do prognóstico entre médicos estão sendo investigadas, como o envolvimento emocional de prever e comunicar o prognóstico, bem como o tempo dispendido pelo médico para comunicar-se com o paciente e os familiares sobre o prognóstico^(16,21). O fragmento a seguir foi retirado de um dos textos transcritos da fala de um médico intensivista: “(...) é um prognóstico que não tem como definir, pelo pouco tempo de evolução e pela falta de um diagnóstico preciso”. Essa concepção de que o raciocínio prognóstico deve ser determinístico em relação ao processo de tomada de decisões leva muitas vezes ao erro e gera conflitos. Como consequência a definição de um mal prognóstico é evitada, gerando uma “inércia prognóstica”, com a manutenção de terapias fúteis⁽²³⁾. A respeito deste tema, destaca-se as palavras do Juiz de Direito da 14ª. Vara do Distrito Federal, ao dar sua sentença definitiva sobre a legitimidade da resolução 1805/06 do Conselho Federal de Medicina “*Vale salientar que a dificuldade em estabelecer a terminalidade não é menor ou maior que outras dificuldades enfrentadas pelos profissionais da medicina, ao diagnosticar uma doença rara ou ao optar por um tratamento em lugar de outros, sabendo-se que uma posição não exata poderá trazer consequências distintas para o paciente. Isso porque não existe 100% de certeza na medicina. Assim, desejar que os médicos atuem frente a um doente terminal com absoluta certeza a inevitabilidade da morte não é um argumento válido para recusar a legitimidade da ortotanásia, porque a exigência é incompatível com o próprio exercício da Medicina, que não pode se obrigar a curar o paciente, mas pode comprometer-se a conferir-lhe a maior qualidade de vida possível, diante do seu estado e dos recursos técnicos existentes*”⁽²⁴⁾. Também é importante acrescentar que a avaliação de um grupo especializado, no caso dos consultores paliativistas, pode auxiliar a equipe tanto na condução da tomada de decisão quanto na melhor elaboração do raciocínio prognóstico e na comunicação das incertezas.

A avaliação da compreensão e das preferências da família durante as reuniões também foi uma das subcategorias mais citadas pelos participantes deste trabalho. O grau de envolvimento dos familiares em decisões clínicas depende de uma série de fatores, dos quais destaca-se as preferências de cada família. Alguns familiares tendem a ter um papel mais ativo nas discussões clínicas; por outro lado, existem aqueles que preferem manter-se mais distanciados. A avaliação dessas preferências neste estudo foi 4 (quatro) vezes mais prevalente quando comparadas com as discussões sobre a autonomia do paciente. Esse fato pode ser explicado pelas características do paciente crítico que geralmente está



sob sedação profunda e muitas vezes é acometido de doença aguda ou de intercorrência aguda de enfermidade crônico-degenerativa não terminal. Dessa forma é praticamente nula a constatação de diretivas antecipadas da vontade ou de curantelismo. Adiciona-se a realidade do pouco conhecimento no Brasil sobre a possibilidade da elaboração dessas diretivas assim como a questão cultural do povo brasileiro que leva ao afastamento das discussões sobre o final da vida. Dessa forma, a avaliação da compreensão e das preferências presuntivas do paciente e dos seus familiares assim como a interpretação da autonomia presuntiva, detectada pela constatação de desejos prévios do paciente, adquirem especial importância, como segundo passo para a tomada de decisão na UTI⁽²⁰⁾.

A avaliação prognóstica e a adequada comunicação com a família devem ocorrer, de forma concomitante, para uma tomada de decisão compartilhada. Neste estudo em 80% das discussões houve debate sobre a necessidade da otimização da comunicação com a família e em 90% sobre a avaliação prognóstica. É importante ressaltar que o médico não deve confundir decisão terapêutica com autonomia do paciente. Não cabe ao paciente ou seus familiares decidirem questões técnicas que exigem conhecimento complexo.

A análise dos conteúdos das discussões deste trabalho permitiu a verificação de que, após o debate sobre o prognóstico e sobre as preferências dos familiares, os temas mais presentes foram as limitações de esforço terapêutico curativo/restaurativo (LET), em 40% das reuniões, e a manutenção de esforços com definição de metas terapêuticas, em 35% dos casos. Constatou-se uma dicotomia: quando havia consenso entre a avaliação prognóstica e a compreensão e preferências da família, as decisões encaminhavam-se para LET. Por outro lado, quando não havia esse consenso as decisões dirigiam-se para a manutenção dos esforços terapêuticos e estipulação de metas terapêuticas. Essa opção, também é chamada de “*time-limited trial*”, isto é, o período em que o tratamento curativo-restaurativo é mantido por alguns dias ao invés de ser decidido por LET, e vem ganhando reconhecimento em outros trabalhos^(14,20). Na defesa deste tempo para um melhor julgamento, é apontado que poucos dias podem ser suficientes para a família assimilar a situação de terminalidade ou para que algum profissional, que ainda esteja em dúvidas sobre a avaliação prognóstica, possa ganhar confiança na tomada de decisões. Dessa forma maiores conflitos poderão ser evitados. É importante ressaltar que embora tenha sido discutida com bastante frequência a necessidade de LET, procedimentos técnicos para esse limite tais como, extubação paliativa, sedação paliativa ou indicação de traqueostomia, foram pouco abordados. Poder-se-ia inferir que os médicos possuem menos dificuldade em procedimentos técnicos e que a tomada de decisão de LET ainda podem ser interpretadas como uma abreviação da vida e conseqüentemente confundidas, de forma errônea, com eutanásia. Vale frisar que a retirada de uma terapia fútil jamais promove a eutanásia e sim, evita a distanásia. Salienta-se ainda que no presente estudo foram consideradas na mesma categoria a recusa e



a suspensão de tratamentos fúteis, porém podem existir diferentes pontos de vista acerca das duas opções, motivadas por diferenças culturais, econômicas e éticas, e que interferem diretamente na conduta dos diferentes profissionais^(23,26).

Nos debates anotados neste estudo, quanto à categoria de tomada de decisões complexas, as estratégias de comunicação obtiveram menor relevo dentre os temas abordados (25% das discussões). No contexto paliativista, a comunicação de más notícias e a comunicação da transição entre os objetivos/foco do tratamento são consideradas primordiais. Pode demonstrar a dificuldade da comunicação em situações de terminalidade o trecho transcrito da fala de um médico: “(...) eu também tenho dúvidas quanto a família aceitar que ela vai ter sequelas, se eles acham que é aceitável, como colocar isso para eles?(...)”. Esse trecho leva a hipótese de que o médico não se permite ter dúvidas e tem dificuldade de separar seus sentimentos com os dos pacientes/familiares.

As principais dificuldades em relação à comunicação encontradas pelos participantes deste trabalho coincidiram com a literatura revisada⁽²⁷⁾: 1) mudança do tratamento com foco na cura para o foco no conforto; 2) mudança do foco do conforto para o preparo para a morte; 3) discussão/comunicação de prognósticos ruins num curto espaço de tempo; 4) conversas sobre expectativas fora do contexto real. Sabe-se que, somente nos últimos anos, a comunidade médica vem compreendendo que a comunicação é uma habilidade complexa, que exige intenso treinamento⁽²⁸⁾, e que pode interferir diretamente em desfechos importantes dentro do cuidado com o paciente internado em UTIs⁽²⁹⁾. Da perspectiva do médico, a comunicação de más notícias e as discussões envolvendo transições de planos de cuidados entre terapias com intenção curativa para o tratamento paliativo, são naturalmente carregadas de emoções e são sempre tarefas de grande desafio técnico. Essa pode ser uma justificativa para que tenham sido detectadas neste trabalho poucas discussões envolvendo estratégias de comunicação.

Durante as reuniões deste estudo, outros conflitos foram apontados. Destaca-se a seguinte fala: “(...) acho que podemos dar um tempo para a família e para a colega se sentir mais confortável(...)”. Esse trecho demonstra o contexto de dúvidas e incertezas que permeia as discussões sobre terminalidade de pacientes críticos, gerando um ambiente propício para conflitos acerca dos objetivos do tratamento. Azoulay et al. (2009) realizaram um estudo em diversas UTIs e mostraram que os principais conflitos aconteciam em proporções semelhantes entre médicos(as) e enfermeiros(as), entre a própria equipe de enfermagem e entre a equipe e os familiares⁽³⁰⁾. As principais causas de conflitos apontadas pelos autores foram fatores pessoais, como animosidade e falta de confiança, além de falhas de comunicação.

Os cuidados centrados na família constituem importante área de conhecimento dentro dos CP. Entretanto, como categoria ou tema de discussão tiveram pouca relevância no presente estudo. Uma



possível causa para esse fato pode ser de que tenha sido dada uma maior importância aos outros temas e que tenha havido pouco tempo disponível nas reuniões para avaliações de temas referentes à continuidade do cuidado ou ao período de luto. Associa-se o fato de que houve pouca participação de outras categorias profissionais, que normalmente auxiliam o trabalho com as famílias dentro do contexto paliativista, e que os médicos, principais colaboradores das discussões, preocuparam-se primordialmente com a tomada de decisão.

Diante dos resultados apontados neste estudo pode-se concluir que poucos pacientes críticos foram selecionados para receber consultorias em CP, que o período médio entre a internação do paciente e a discussão paliativista foi maior do que o indicado (14 dias), que os médicos constituíram a categoria profissional com maior participação nas reuniões e que foram mais abordados os aspectos relacionados a tomadas de decisões complexas principalmente quanto às avaliações prognósticas e à compreensão e preferências dos familiares.

Esses resultados permitem a sugestão de que haja um maior incentivo para a inclusão do ensino da Medicina Paliativa, principalmente no que concerne a elaboração prognóstica, tanto nas áreas de graduação quanto de pós-graduação.

Como limitações deste trabalho, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, em que a amostra é intencional, os resultados não podem ser extrapolados universalmente; destaca-se ainda a impossibilidade de gravação integral das manifestações orais dos participantes das reuniões, pois não houve um acordo para a utilização desse método de coleta de dados. Dessa forma, pode ter havido algum grau de imprecisão durante a coleta de dados através das anotações de campo.

REFERÊNCIAS

1. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, et al. II Fórum do “Grupo de estudos do fim da vida do cone sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(1):24-9.
2. Voelker R. Hospital palliative care programs raise grade to B in new report card on access. *JAMA*. 2011; 306(21):2313-4.
3. Moritz RD. Cuidados Paliativos na UTI: Definições e aspectos ético-legais. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2012. Cap. 3, Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva; p. 19-31.
4. Lamas D. Chronic critical illness. *N Engl J Med*. 2014;370(2):175-7.
5. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, et al. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU project. *Crit Care Med*. 2010;38(9):1765-72.



6. Nelson JE, Curtis JR, Mulkerin C, et al. Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU. *Crit Care Med.* 2013;41(10):2318-27.
7. Nelson JE, Mathews KS, Weissman DE, et al. Integration of palliative care in the context of rapid response. *Chest.* 2015;147(2):560-9.
8. Frontera JA, Curtis JR, Nelson JE, et al. Integrating palliative care into the care of neurocritically ill patients. *Crit Care Med.* 2015;43(9):1964-77.
9. Villarreal D, Restrepo MI, Healy J, et al. A Model for increasing palliative care in the intensive care unit: enhancing interprofessional consultation rates and communication. *J Pain Symptom Manage.* 2011;42(5):676-9.
10. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010;19;363(8):733-42.
11. Aslakson JA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care Med.* 2014;42(11):2418-28.
12. Mayring P. *A companion to qualitative research.* 1. ed. London: SAGE, 2004. Cap 5.12, Quatitative content analysis; p. 266-69.
13. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap 23, Codificação e categorização; p. 276-97.
14. Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, et al. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med.* 2007;35(6):1530-5.
15. Hua MS, Li G, Blinderman CD, et al. Estimates of the need for palliative care consultation across United States intensive care units using a trigger-based model. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;189(4):428-36.
16. Kavalieratos D, Mitchell EM, Carey TS, et al. "Not the 'grim reaper service'": an assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure: An assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *J Am Heart Assoc.* 2014;3(1):e000544.
17. Zalenski R, Courage C, Edelen A, et al. Evaluation of screening criteria for palliative care consultation in the MICU: a multihospital analysis. *BMJ Support Palliat Care.* 2014;4(3):254-62.
18. Creutzfeldt CJ, Engelberg RA, Healey L, et al. Palliative care needs in the neuro-ICU. *Crit Care Med.* 2015;43(8):1677-84.
19. O'Mahony S, McHenry J, Blank AE, et al. Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. *Palliat Med.* 2010;24(2):154-65.
20. Gristina GR, De Gaudio R, Mazzon D, et al. End of life care in Italian intensive care units: where are we now? *Minerva Anesthesiol.* 2011;77(9):911-20.
21. Glare PA, Sinclair CT. Palliative medicine review: prognostication. *J Palliat Med.* 2008;11(1):84-103.



22. Manfredi PL, Morrison RS, Morris J, et al. Palliative care consultations. *J Pain Symptom Manage.* 2000;20(3):166-73.
23. Forte DN. Predições probabilísticas em cuidados paliativos. In: Moritz RD, organizadora. *Cuidados*
24. *paliativos nas unidades de terapia intensiva.* São Paulo: Atheneu; 2012. p. 41-52.
25. BRASIL. Tribunal Regional Federal. Sentença nº 2007.34.00.014809-3. Relator: Relator Roberto Luis Luchi Demo. Do exposto revogo a antecipação de tutela anteriormente concedida e julgo improcedente o pedido. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://processual.trf1.jus.br>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
26. Phua J, Joynt GM, Nishimura M, et al. Withholding and withdrawal of life-Sustaining treatments in intensive care units in Asia. *JAMA Intern Med.* 2015;175(3):363-71.
27. Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, et al. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2015;41(9):1572-85.
28. You JJ, Downar J, Fowler RA, et al. Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families. *JAMA Intern Med.* 2015;175(4):549-56.
29. Arnold RM, Back AL, Barnato AE, et al. The critical care communication project: improving fellows' communication skills. *J Crit Care.* 2015;30(2):250-4.
30. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A Communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007;356(5):469-78.
31. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009;180(9):853-60.



Tabela 1 – Participação dos profissionais nas reuniões paliativistas da UTI/HU/UFSC

Categorias profissionais	Número médio de profissionais por reunião
Médico paliativista	2
Médico(a) do estafe	1,95
Médico(a) residente	3,7
Enfermeiro(a) do estafe	1,6
Psicólogo(a) do estafe	0,85
Fisioterapeuta do estafe	1,8
Assistente Social	0,35
Residentes	2,65
multiprofissionais	

**Tabela 2** - Categorias discutidas durante as Reuniões de Cuidados Paliativos na UTI-UFSC

Categorias discutidas	Número de discussões N=20	Porcentagem (%)
Tomada de decisão complexa	20	100
Avaliação prognóstica	19	95
Avaliação de compreensão e de preferência da família	16	80
Limitação de esforço terapêutico	8	40
Introdução de metas terapêuticas	7	35
Comunicação baseada nos valores do paciente e familiares	5	25
Autonomia do paciente	4	20
Procedimentos técnicos	8	40
Extubação paliativa	4	20
Indicação de traqueostomia	3	15
Sedação paliativa	2	10
Conflitos	4	20
Conflitos envolvendo a equipe	3	15
Conflitos entre equipe/familiares	2	10
Cuidados centrados na família	4	20
Cuidado paciente/família após alta	2	10
Acolhimento na UTI	1	5
Cuidado em caso de morte	1	5
Controle de sintomas	1	5
Pacientes sem suporte social	1	5