



---

---

## ARTIGO ORIGINAL

---

---

### PACIENTES CRÍTICOS ELEGÍVEIS PARA AVALIAÇÃO PALIATIVISTA

### CRITICAL PATIENTS ELIGIBLE FOR PALLIATIVE CARE ASSESSMENT

Arthur Justi Cassettari<sup>1</sup>  
Rachel Duarte Moritz<sup>2</sup>

#### RESUMO

Cuidados Paliativos devem ser prestados a todos os pacientes críticos, sendo ideal que haja integração entre médicos intensivistas e paliativistas. Para a otimização dos Cuidados Paliativos em Unidades de Terapia Intensiva é apontada a necessidade da identificação de pacientes com risco de má evolução. Este trabalho visou identificar quais pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago seriam elegíveis à avaliação paliativista e comparar o perfil desses pacientes com o daqueles que foram efetivamente discutidos pela equipe de Cuidados Paliativos. Durante três meses foram avaliados semanalmente os prontuários dos pacientes internados, sendo identificados como elegíveis para avaliação paliativista aqueles com tempo de internação  $\geq 5$  dias associado à idade  $\geq 80$  anos, readmissão na unidade, necessidade de gastrostomia/traqueostomia/hemodiálise não programada ou presença de condições de base ameaçadoras da vida. Posteriormente, foram comparados os dados dos pacientes elegíveis com os dos pacientes discutidos pela equipe. Dos 103 pacientes internados, foram identificados 53 (51,4%) para avaliação paliativista. Não houve diferença demográfica entre os selecionados ou não. Quinze doentes (14,5%) foram discutidos pela equipe. Esses eram mais comumente do sexo masculino, tinham um quadro mais grave, sendo mais comum o diagnóstico de insuficiência respiratória ( $p=NS$ ). As doenças mais frequentemente relacionadas à discussão paliativista foram: doença pulmonar obstrutiva crônica, insulto neurológico, neoplasia e demência ( $p<0.05$ ). Houve maior prevalência de traqueostomia no grupo discutido pela equipe e de hemodiálise não programada no grupo não discutido ( $p<0.05$ ).

**Descritores:** cuidados paliativos. terapia intensiva. avaliação prognóstica.

#### ABSTRACT

Palliative Care must be provided to all critically ill patients, being ideal integration between palliative and critical care physicians. For the optimization of Palliative Care in Intensive Care Units, it is necessary to identify patients at risk for poor outcome. This study aimed to identify which patients admitted at the Polydoro Ernani de São Thiago University Hospital Intensive Care Unit would be eligible for palliative assessment, and compare the profile of these patients with those who were actually discussed by the Palliative Care team. For three months, weekly, the charts of hospitalized patients were evaluated, being identified as eligible for Palliative Care assessment those with length of stay  $\geq 5$  days associated with age  $\geq 80$  years, readmission to the unit, unplanned need for gastrostomy / tracheostomy / hemodialysis, or baseline condition that threatens life. Later, the data from those eligible patients and those discussed by the team patients were compared. Of the 103 hospitalized patients, 53 (51,4%) were identified for palliative assessment. There were no demographic differences between the groups. Fifteen patients (14,5%) were discussed by the Palliative Care team. These were

---

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

<sup>2</sup> Médica, Mestre em Ciências Médicas, Doutora em Engenharia de Produção, Professora e Coordenadora Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos da Universidade Federal de Santa Catarina, Membro da Comissão de Cuidados Paliativos do CFM e Conselheira do CRM-SC.



more commonly male, had a more serious conditions, and the most common diagnosis was respiratory failure ( $p=NS$ ). The most common diseases related to palliative discussion were: chronic obstructive pulmonary disease, neurological insult, cancer and dementia ( $p<0.05$ ). There was a higher prevalence of tracheostomy on the discussed group and unplanned hemodialysis on the not discussed group ( $p<0.05$ ).

**Keywords:** palliative care. intensive care. prognostic assessment.

## INTRODUÇÃO

Ao passar dos anos, a evolução da ciência na área da saúde permitiu o desenvolvimento de técnicas curativas e restaurativas tanto no tratamento de doenças agudas quanto no manejo das enfermidades crônicas, com conseqüente aumento da expectativa de vida da população.<sup>1-2</sup> Esse fato tem modificado o perfil dos pacientes admitidos nos ambientes hospitalares e, mais especificamente, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).<sup>3</sup>

Essas unidades são provavelmente as geradoras dos maiores conflitos nos ambientes hospitalares. *Azoulai et al.*<sup>4</sup> demonstraram que 70%, de 7498 funcionários de UTI de 24 países, perceberam conflitos relacionados à comunicação e ao tratamento no fim da vida. Essa realidade torna crescente a necessidade de que seja revista, de forma crítica, a real indicação da internação em UTI para os pacientes com doença terminal e a implantação de cuidados paliativos nessas unidades.

Cuidados Paliativos visam à melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, através da prevenção e do tratamento precoces dos sintomas do sofrimento físico, psíquico, espiritual e social.<sup>5</sup> Esses cuidados devem ser prestados em concomitância com os cuidados curativos, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades, com os desejos dos pacientes, de seus familiares e com a evolução própria de cada doença. Portanto, todos os pacientes críticos devem receber cuidados paliativos.<sup>6</sup>

Em 2007, *Norton et al.*<sup>7</sup> avaliaram 191 pacientes internados em UTI, com alto risco de morte. Desses, 126 foram discutidos de forma pró ativa por consultores paliativistas. Essas consultas resultaram em menor tempo de internação na UTI sem que tenha ocorrido alteração do índice de mortalidade ou de alta hospitalar. Outro estudo Norte Americano<sup>8</sup> verificou a efetividade de uma abordagem paliativa em pacientes que morreram na UTI ou após 24 horas da alta dessa unidade. Foi efetuada uma entrevista com os familiares desses pacientes (275) e com os profissionais de enfermagem (523). Após a integração dos cuidados paliativos, a qualidade da morte ou do morrer foi considerada melhor pelos familiares ( $p=NS$ ) e pelos enfermeiros ( $p<0.01$ ).

*Gries et al.*<sup>9</sup> entrevistaram 356 familiares de pacientes que morreram em dez UTIs Norte Americanas. Os autores concluíram que o aumento da satisfação esteve relacionado com a retirada de medicações consideradas fúteis, com a documentação de cuidados paliativos, com o respeito aos desejos do paciente e com a melhor comunicação e atenção às necessidades espirituais dos familiares.



São descritos dois modelos de cuidados paliativos nas UTIs. O modelo consultor é baseado na figura de um “expert” que possa interagir com os pacientes e seus familiares, particularmente com os quais é identificado alto risco de que venha a ocorrer má evolução. A segunda abordagem é o modelo integrativo, em que os funcionários da UTI são treinados para fornecerem, na prática diária, os cuidados paliativos para todos os pacientes internados nesses setores e para seus familiares. Vantagens e desvantagens são descritos nesses dois modelos.<sup>10-13</sup> Pode-se sugerir que um modelo misto seja o ideal.<sup>10</sup>

Um trabalho norte Americano que visou a otimização dos cuidados paliativos em UTI apontou que a minoria dos pacientes críticos recebia cuidados paliativos (5%). Após a realização do estudo, com a implantação de “pré-rounds” que objetivavam a identificação de pacientes com risco de má evolução e que se beneficiariam com o parecer de paliativistas, houve um aumento para 59% de pacientes que receberam esses cuidados. Nesse estudo foram considerados pacientes de risco aqueles com dependência prévia e demência, estágio avançado de malignidade, após parada cardiorrespiratória, decisões de algum limite de esforço terapêutico curativo/restaurativo, disfunção de múltiplos órgãos por tempo igual ou maior que 5 dias e alto risco de morte (por exemplo, com o diagnóstico de injúria pulmonar e sepse).<sup>13-14</sup>

Em 2006, *Nelson et al.*<sup>15</sup> compararam os pacientes que estiveram internados em cuidados intensivos por um, três e cinco ou mais dias com intuito de desenvolver uma rotina e aprimorar a qualidade dos cuidados paliativos em UTI. Os autores concluíram que com o tempo de internação maior ou igual a cinco dias é possível definir um ponto em que os pacientes selecionados mostraram ter maior benefício com as medidas paliativistas implantadas, e que a retirada de terapias fúteis foi mais eficaz.

Em outro trabalho, no ano de 2013, *Nelson et al.*<sup>16</sup> desenvolveram critérios de triagem que poderiam auxiliar na identificação de pacientes com alto risco de necessitarem cuidados paliativos nas UTIs. Os autores subdividiram esses critérios pela presença de doença de base ou injúria aguda que apresentasse algum risco de mau desfecho para o paciente, como, por exemplo, a presença de um insulto neurológico agudo, demência prévia, doença hepática ou injúria renal crônica. Além desses, avaliaram a presença de critérios gerais e da utilização do serviço, como tempo de internação, mais de uma estada na unidade durante a mesma internação, necessidade de hemodiálise não planejada ou traqueostomia e, por fim, outros critérios, do campo subjetivo, como dificuldade de controle de sintomas ou falta de suporte social.

*Norton et al.*<sup>7</sup> em 2007, propuseram também que, aliados ao tempo de internação de 10 dias, teriam maior elegibilidade a cuidados paliativos, pacientes com idade acima de 80 anos associada a duas ou mais comorbidades, doença neoplásica com metástase a distância, hemorragia intracraniana necessitando ventilação mecânica ou pós infarto do miocárdio extenso.



Tendo em vista o relatado propôs-se este trabalho cujo objetivo principal foi o de identificar quais pacientes internados na UTI do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) possuem alto risco de má evolução, sendo dessa forma elegíveis à avaliação da equipe paliativista. Secundariamente visou-se comparar o perfil dos pacientes elegíveis ou não para avaliação e ainda os comparar os dados dos identificados como elegíveis com aqueles efetivamente discutidos na reunião conjunta com membros da Comissão de Cuidados Paliativos e Controle da Dor (CCPD) do HU-UFSC.

## MÉTODOS

Este é um estudo de corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 27071414.4.0000.0121.

Visando o melhor atendimento ao paciente em fase final de vida, foi implantada no HU-UFSC a CCPD. Dentre as atividades dessa comissão, há uma visita semanal na UTI entre os consultores paliativistas e a equipe da unidade. Nesta visita ocorre a discussão de casos de pacientes em estado crítico com alto risco de má evolução, para os quais os médicos do setor consideram importante a avaliação do grupo de paliativistas. São discutidas as opções terapêuticas mais adequadas para cada paciente sendo também avaliada a possibilidade do auxílio do paliativista à conferência familiar. Após debate são sugeridas possíveis transições de planos entre tratamento curativo e/ou ações paliativas, além dos outros elementos do âmbito dos cuidados paliativos. Todas as informações são registradas em protocolo específico da Comissão.

Durante o período de 12 de março a 11 de junho de 2014, foram avaliados, uma vez por semana, após a reunião da equipe multiprofissional da UTI com os membros da CCPD, todos os pacientes internados na unidade no dia. Inicialmente, o pesquisador anotava, através do censo da unidade, os dados demográficos dos mesmos (idade, gênero e tempo de internação). Foram então primariamente considerados elegíveis à avaliação aqueles que estivessem internados na unidade por um período igual ou maior que 5 dias. Esse critério foi utilizado por dados baseados na literatura, que apontam que os pacientes que permanecem por 5 ou mais dias na UTI tem maior probabilidade de serem beneficiados por cuidados paliativos.<sup>15</sup>

Após esta eleição inicial, foram identificados como pacientes em estado crítico com alto risco de má evolução e, portanto, efetivamente elegíveis para avaliação com a CCPD, aqueles internados por um período mínimo de 5 dias associado a um dos seguintes critérios gerais: idade acima de 80 anos; readmissão na UTI na mesma internação hospitalar; necessidade de intervenções como gastrostomia, traqueostomia ou hemodiálise não programadas ou a presença de ao menos uma condição de base ameaçadora da vida (CBAV).



Foram consideradas as seguintes falências orgânicas ou condições de base ameaçadoras à vida: insuficiência cardíaca congestiva (ICC) grave (NYHA III/IV)<sup>17</sup>; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) severa (GOLD D)<sup>18</sup> ou dependência de O<sub>2</sub> domiciliar; doença hepática crônica (DHC) grave (Child-Pugh grau C ou MELD > 30)<sup>19-20</sup>; insuficiência renal crônica (IRC) graus IV/V<sup>21</sup>; síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS); neoplasia avançada (presença metástase à distância); obesidade mórbida em pós-operatório com complicação (IMC >40); pós-parada cardiorrespiratória (PCR); esclerose lateral amiotrófica (ELA), insulto neurológico agudo (trauma no sistema nervoso central - TCE, encefalopatia pós-parada cardiorrespiratória ou acidente vascular encefálico - AVE - requerendo ventilação mecânica) e síndrome demencial com dependência funcional prévia (SDP).<sup>7,9,15,16</sup>

Foram também anotados o escore simplificado de fisiologia aguda (SAPS II)<sup>22</sup> dos pacientes selecionados e os dados dos pacientes discutidos nas reuniões da CCPD durante o período do estudo, para posterior comparação entre os grupos.

Para fins do estudo, foram comparados os dados clínicos e demográficos dos pacientes selecionados com aqueles discutidos na reunião com a CCPD. Para análise estatística foi utilizado o teste  $\chi^2$  para variáveis qualitativas e para as variáveis quantitativas, considerando-se que uma distribuição normal, o teste T de Student.

## RESULTADOS

Durante o período foram incluídos no estudo 103 pacientes. Destes, 50 pacientes não preenchem os critérios de seleção para avaliação paliativista; 43 por tempo de internação menor que cinco dias e sete deles por não apresentar nenhum dos outros critérios descritos para admissão no estudo. Foram então identificados como elegíveis para avaliação paliativista e conseqüentemente estudados os prontuários de 53 doentes, 51,4% do total. No mesmo período, foram observados quais pacientes foram discutidos nas reuniões com os membros da CCPD: 15 doentes (14,6%). Desses, treze haviam sido previamente considerados elegíveis neste estudo e dois deles não preenchem o critério de inicial de elegibilidade e portanto não tiveram seus prontuários estudados.

Na tabela 1 são demonstrados os dados demográficos dos 103 pacientes incluídos no estudo. Verifica-se um predomínio feminino nas internações em ambos os grupos, porém, não houve diferença estatística entre os pacientes identificados como elegíveis para avaliação paliativista e os não elegíveis em nenhum dos critérios avaliados.

Os dados dos 53 pacientes elegíveis para Avaliação Paliativista, que tiveram seus prontuários estudados, foram subdivididos entre os não discutidos (G1) e discutidos pela equipe de cuidados paliativos (G2). Na tabela 2 é possível visualizar uma comparação clínica e demográfica entre os



Grupos 1 e 2, incluindo diagnóstico de base para admissão na UTI, SAPS II e Probabilidade de Óbito baseada no escore do SAPS II.

A média de idade se manteve semelhante entre os dois grupos, porém, ressalva-se que cinco pacientes (12,5%) de G1 tinham idade acima de 80 anos, enquanto que nenhum paciente com esta faixa etária se encontrava em G2. Houve inversão da prevalência de gênero no Grupo 2 se comparado à média total de pacientes, ocorrendo discussões predominantemente em pacientes masculinos (61,5%). Na avaliação da probabilidade de óbito, o grupo dos discutidos apresenta maior média (56), bem como na avaliação do SAPS II (71,4) se comparado à G1. O Grupo 2 apresentou maioria dos pacientes com diagnóstico de admissão de insuficiência respiratória (53,8%). Em nenhum dos aspectos analisados na Tabela 2 houve diferença estatística.

A comparação entre os grupos 1 e 2 quanto às suas condições clínicas de base e intervenções realizadas durante a internação na UTI são apontadas na tabela 3. Nesta tabela, observa-se que 51 dos 53 pacientes elegíveis para avaliação (96,2%) possuíam ao menos uma condição de base ameaçadora da vida. A distribuição delas entre os pacientes manteve uma certa linearidade, prevalecendo o insulto neurológico em ambos os grupos como mais prevalente; 30% em G1 e 38,5% em G2. No grupo discutido também se sobressaem o DPOC, a neoplasia avançada e a demência prévia em detrimento às outras causas, atingindo 30,8% cada. O grupo de condições de base se mostrou com diferença estatística na comparação dos dois grupos, embora nenhum deles tenha se mostrado estatisticamente relevante quando analisado individualmente.

Acerca das intervenções realizadas durante a internação, observa-se que a maioria dos pacientes discutidos (53,9%) foi submetida a algum dos procedimentos listados. Em contrapartida aproximadamente um quarto (27,5%) dos não discutidos realizou alguma intervenção. Explorando essas intervenções, percebe-se que a maioria dos pacientes de G2 (57,1%) foi submetida à traqueostomia enquanto 81,8% das intervenções em G1 foram hemodiálises não programadas. No que concerne ao grupo de intervenções e à traqueostomia isolada, houve diferença estatística na comparação dos grupos ( $p < 0.05$ ). Não houve diferença estatística para hemodiálise isoladamente.

## DISCUSSÃO

O presente estudo utilizou critérios, adaptados da literatura revisada<sup>7,9,10,16</sup>, para a identificação de pacientes críticos com alto risco de má evolução e, portanto, elegíveis à avaliação da equipe paliativista. Constatou-se que cerca de 50% dos pacientes internados no período da análise eram candidatos a essa avaliação, o que reflete a necessidade crescente da implantação de Cuidados Paliativos nas UTIs.<sup>7,16</sup>



Apesar de unicêntrico, o estudo é inédito no país e foi realizado em um centro pioneiro na implementação de Cuidados Paliativos no cenário da Terapia Intensiva no estado de Santa Catarina e no Brasil. Em vista disto, não há dados suficientes na literatura nacional que possam ser comparados aos apresentados; porém, são apontados resultados semelhantes na literatura estrangeira.<sup>7,13</sup> Em 2007, *Norton et al.*<sup>7</sup> demonstraram que somente 65 (34%) de 191 doentes tinham sido selecionados pela maneira tradicional de seleção e apenas 8% deles foram efetivamente discutidos, em média após 2 semanas de internação na UTI.

Neste trabalho pode-se observar que os pacientes considerados elegíveis ou não para avaliação paliativista não diferiram quanto aos aspectos demográficos, especialmente quanto a idade. Esse fato é importante, pois sabe-se que avaliações prognósticas são complexas e exigem predições probabilísticas relacionadas à doença de base e à complicação aguda da doença.<sup>26-28</sup> Entretanto, embora tenha-se constatado que mais de 50% dos pacientes internados na UTI se beneficiariam com uma avaliação paliativista, somente 14,5% desses doentes foram efetivamente discutidos pela CCPD. Surgem questionamentos do porque deste número reduzido de discussões. Poder-se-ia inferir que a dinâmica operacional da UTI dificulta discussões prolongadas e por esse motivo poucos casos foram levados para a discussão. Trabalhos internacionais demonstram que uma percentagem maior de pacientes críticos é avaliada do ponto de vista paliativista. Em 2013, *Walker et al.*<sup>23</sup> em um estudo retrospectivo qualificaram 201 pacientes que se beneficiariam com cuidados paliativos, sendo que 92 (45,7%) foram efetivamente avaliados por essa equipe. Os autores constataram que houve um aumento significativo da avaliação paliativista após uma pré-integração e que, este fato, embora tenha diminuído o tempo de internação na UTI destes pacientes, não interferiu na taxa de mortalidade hospitalar. Foi também apontado que os pacientes com demência ou necessidade da retirada da ventilação mecânica foram os mais avaliados pelos paliativistas e que o tempo de internação na UTI por um período maior ou igual que 10 dias foi o que menos contribuiu para a solicitação do parecer especializado. Outro estudo retrospectivo mostrou que um em cada sete pacientes críticos se beneficiaria com cuidados paliativos, e que a necessidade desses cuidados poderia ser identificada através de 5 principais “gatilhos”: tempo de internação na UTI maior que 10 dias, falência de três ou mais órgãos, malignidade em estágio IV, pós parada cardiorrespiratória e hemorragia intracerebral necessitando de ventilação mecânica.<sup>24</sup> Esses trabalhos corroboram com a afirmação de que os Cuidados Paliativos são cada vez mais aceitos como um elemento essencial da atenção integral aos pacientes críticos e que uma variedade de estratégias para melhorar esses cuidados parecem ser eficazes. Levando-se em consideração que o impacto da doença crítica pode refletir, durante meses após a morte ou a alta da UTI e que esse impacto atinge também aos familiares dos pacientes, os cuidados paliativos podem ajudar a preparar e apoiar os pacientes e famílias para desafios após a alta



dessas unidades.<sup>25</sup> Infelizmente não existem trabalhos brasileiros que permitam a comparação do presente estudo com a realidade nacional.

Os resultados deste estudo apontaram que na comparação entre os pacientes elegíveis mas não discutidos e aqueles efetivamente discutidos pela CCPD houve diferenças quanto aos aspectos clínicos e demográficos dos mesmos. Os pacientes que foram discutidos eram mais comumente do sexo masculino, tinham um quadro potencialmente mais grave (maior SAPS) e seus diagnósticos de internação eram diferentes, havendo maior percentagem de pacientes com sepse no grupo não discutido e de insuficiência respiratória crônica agudizada no grupo discutido. Embora tenha sido encontrada diferença percentual, esses resultados não foram diferentes do ponto de vista estatístico ( $p > 0.05$ ). As doenças mais frequentemente relacionadas à discussão paliativista foram a doença pulmonar obstrutiva crônica, o insulto neurológico agudo, a neoplasia e a demência. O Teste T comparando todo o conjunto de condições entre os dois grupos, evidenciou diferença estatística. Tentando-se encontrar uma hipótese que justifique estes dados pode-se sugerir que, por essas condições estarem mais frequentemente associadas a doenças crônico-degenerativas terminais, as investidas terapêuticas curativas seriam mais possivelmente consideradas fúteis, e a tomada de decisão por um tratamento paliativo exclusivo seria mais fácil. Já os pacientes portadores de sepse podem ter sido menos discutidos por haver maior relutância dos intensivistas de aceitarem a terminalidade da doença de pacientes com quadro agudo. Esse fato corrobora com o trabalho de Rebeca et al.<sup>25</sup> que aponta como principais barreiras para a melhor integração entre Cuidados Intensivos e Paliativos: expectativas irreais a respeito dos cuidados intensivos por parte dos pacientes, familiares e médicos; percepção equivocada de que cuidados paliativos são excludentes dos curativos/restaurativos; entendimento de que esses cuidados irão apressar a morte; ou, formação insuficiente dos intensivistas em comunicação e outras habilidades necessárias para os cuidados paliativos.

É interessante apontar que as intervenções avaliadas foram diferentes entre os pacientes cujos casos foram discutidos e aqueles em que não houve avaliação paliativista. Houve maior prevalência de traqueostomia no grupo discutido (57,1%) e de hemodiálise não programada no não discutido (81,8% das intervenções). O que se pode inferir é que a traqueostomia geralmente está relacionada ao desmame difícil, com conseqüente prolongamento da ventilação mecânica e da internação na UTI, fatos que comprovadamente interferem no prognóstico do paciente. O paciente “Cronicamente Crítico” é um termo nebuloso para a condição de 5 a 10% dos doentes que sobrevivem a uma doença catastrófica ou procedimento cirúrgico, mas que permaneceram na UTI por mais de 21 dias com necessidade de ventilação mecânica. Estes pacientes tendem a ter infecções recorrentes, disfunção orgânica, profunda fraqueza, delírio, pelo menos metade deles irá à óbito dentro de um ano. Entre aqueles que sobrevivem, as taxas de readmissão são altas, a maioria permanece institucionalizada, e menos de 12% estão em casa e funcionalmente independentes um ano após o quadro agudo.<sup>29</sup>



Conclui-se neste estudo que 51,4% dos pacientes internados na UTI do HU-UFSC necessitava de Cuidados Paliativos de forma privilegiada, e que a avaliação paliativista da CCPD foi efetuada em somente 14,5% desses pacientes.

Embora este estudo tenha sido realizado em um centro onde foi implantada a primeira Residência Médica em Medicina Paliativa do Brasil, portanto um local pioneiro em Cuidados Paliativos, os resultados apontados permitem a inferência de que deva haver uma maior abordagem paliativista na UTI analisada.

Pode-se deduzir que a demora da aceitação de uma abordagem paliativista exclusiva ou preferencial seja decorrente da dificuldade da aceitação dos limites da medicina com visão curativa/restaurativa, e que um dos fatores ligados diretamente a essas dificuldades seja a falta de treinamento do médico em avaliações prognósticas.

Ressalta-se que o escopo dos elementos-chave das ações paliativas devem ser de domínio geral da equipe de intensivistas; entretanto, situações de difícil manejo podem requerer a presença de um ou mais especialistas que possam guiar a equipe em discussões e tomadas de decisões. Dessa forma, é importante que haja integração da equipe de cuidados paliativos com a equipe de cuidados intensivos na rotina do serviço, ou idealmente, que cada membro da equipe consiga exercer seu papel no âmbito das ações paliativas de forma satisfatória.

Pode-se citar como pontos fracos deste estudo o fato de haver sido efetuado em um único centro e de a coleta de dados não haver sido realizada diariamente, e sim uma vez por semana, o que gerou uma amostra com limitações. Sugere-se que seja realizada uma ampliação deste trabalho para que possa haver uma melhor definição de quais pacientes críticos se beneficiariam com uma abordagem paliativa preferencial ou exclusiva.

## REFERÊNCIAS

1. National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP). Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care; 2013, 3rd ed. Disponível em: <[http://www.nationalconsensusproject.org/NCP\\_Clinical\\_Practice\\_Guidelines\\_3rd\\_Edition.pdf](http://www.nationalconsensusproject.org/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf)>
2. WHO. Global Health Observatory Data Repository. Life expectancy Data by country. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.688>>.
3. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JC, et al. End of life and palliative care in intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2008 Dec;20(4): 422-28.
4. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflictus study. Am J Respir Crit Care Med. 2009 Nov 1;180(9):853-60.
5. WHO. Programmes and projects. Cancer. Definition of palliative care. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>>.



6. Moritz DR, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Lago P, et al. II Fórum do Grupo de estudos do Fim da Vida do Cone Sul: Definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na UTI de adultos e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(1):24-29.
7. [Norton SA](#), [Hogan LA](#), [Holloway RG](#), Temkin-Greener H, Buckley MJ, Quill TE. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high risk patients. *Crit Care Med*. 2007 Jun;35(6):1530-5.
8. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Downey L, Shannon SE, Braungardt T, et al. Integrating palliative and critical care: evaluation of a quality-improvement intervention. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008 Aug 1;178(3):269-75.
9. Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, Engelberg RA. Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. *Chest*. 2008 Mar;133(3):704-12.
10. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Cortez TB, et al. Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit Project: Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). *Crit. Care Med*. 2010 Sep;38(9):1765–72.
11. Spinello IM. End-of-life care in ICU: A practical guide. *J Intensive Care Med*. 2011 Mar 24;26(5):295-303.
12. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus Specialist Palliative Care - Creating a More Sustainable Model. *N Engl J Med*. 2013 Mar 28;368(13):1173-5.
13. Villarreal D, Restrepo MI, Healy J, Howard B, Tidwell J, Ross 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 Nov;42(5):676-9.
14. United States Department of Veteran Affairs, Office of Analytics and Business Intelligence. Performance Measurement. Performance Measurement Technical Manual. Washington, D.C.: Government Printing Office, 2011.
15. Nelson JE, Mulkerin CM, Adams LL, Provonost PJ. Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback. *Qual Saf Health Care* 2006;15(4):264-71.
16. Nelson JE, Campbell ML, Cortez TB, Curtis JR, Frontera AJ, Gabriel M, et al. Implementing ICU Screening Criteria for Unmet Palliative Care Needs: A Guide for ICU and Palliative Care Staff. A technical assistance monograph from The IPAL-ICU Project. New York: Center to Advance Palliative Care; 2013. Disponível em: <<http://ipal.capc.org/downloads/ipal-icu-implementing-icu-screening-criteria-for-unmet-palliative-care-needs.pdf>>
17. The Criteria Committee of the New York Heart Association . Functional capacity and objective assessment. In: Dolgin M., editor. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels. 9th ed. Little, Brown and Company; Boston, MA: 1994. p. 253–255.
18. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: Revised 2014. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Disponível em: <<http://www.goldcopd.org>>



19. Malinchoc M, Kamath PS, Gordon FD, Peine CJ, Rank K, ter Borg PC. A model to predict survival in patients undergoing transjugular intrahepatic portosystemic shunts. *Hepatology*. 2000 Apr; 31(4):864-71.
20. Pugh RNH, Murray Lyon IM, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *Br J Surg*. 1973;60(8):646-9.
21. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis*. 2002 Feb; 39(2 Suppl 1):S1-266.
22. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European / North American multicenter study. *JAMA*. 1993;270(24):2957-63.
23. Walker KA, Mayo RL, Camire LM, Kearney CD. Effectiveness of integration of palliative medicine specialist services into the intensive care unit of a community teaching hospital. *J Palliat Med*. 2013 Oct;16(10):1237-41.
24. Hua MS, Li G, Blinderman CD, Wunsch H. 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 Feb 15;189(4):428-36.
25. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The Changing Role of Palliative Care in the ICU. *Crit Care Med*. 2014 Nov;42(11):2418-28.
26. Conventry PA, Grande GE, Richards DA, Todd CJ. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non malignant life-threatening disease: a systematic review. *Age and Ageing*. 2005 May;34(3):218-27.
27. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005 Abr 30;330(7498):1007-11.
28. Moritz RD. Predições probabilísticas em Cuidados Paliativos. In: Moritz RD. *Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva*. 1st ed. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 41-52.
29. Lamas D. Chronic Critical Illness. *N Engl J Med*. 2014 Jan 9;370(2):175-7.

**TABELAS****Tabela 1** - Comparação dos dados demográficos dos pacientes internados na UTI do HU-UFSC elegíveis ou não para Avaliação Paliativista.

<b>Dados demográficos</b>	<b>Pacientes não selecionados para Avaliação Paliativista (n = 50)</b>	<b>Pacientes selecionados para Avaliação Paliativista (n = 53)</b>	<b>Total de pacientes internados (n = 103)</b>	<b>Teste Estatístico (p)</b>
<b>Idade</b>				
Máxima	89	89	89	
Mínima	18	22	18	NS †
Média	56,7	58,8	57,8	
DP*	16,7	16,4	16,5	
<b>Gênero</b>				
Masculino	22	23	45	NS
Feminino	28	30	58	

\* DP = desvio padrão.

† NS = não significativo.



**Tabela 2** – Comparação clínica e demográfica entre os pacientes elegíveis para Avaliação Paliativista discutidos ou não pela Comissão de Cuidados Paliativos e Controle da Dor do HU-UFSC (CCPD).

Dados clínicos e demográficos dos pacientes	Elegíveis para avaliação paliativista e não discutidos pela CCPD (G1) n=40		Elegíveis para avaliação paliativista e discutidos pela CCPD (G2) n= 13		Teste Estatístico (p)
	n	%	n	%	
<b>Idade</b>					
Média	59,7		55,8		NS †
Desvio Padrão	15,4		19,4		
<b>Gênero</b>					
Masculino	15	37,5	8	61,5	NS
Feminino	25	62,5	5	38,5	
<b>SAPS II</b>					
Média	62,4		71,4		NS
Desvio Padrão	16,2		16,2		
<b>Probabilidade de Óbito</b>					
Média	43,4		56		NS
Desvio Padrão	27,1		24,1		
<b>Diagnóstico de admissão</b>					
IRpAcA*	16	40	7	53,8	NS
Sepse	7	17,5	1	7,7	
Pós-operatório	9	22,5	3	23,1	
Outros	8	20	2	15,4	
<b>Ingressos em UTI</b>					
>1 na mesma internação	5	12,5	2	15,4	NS

\* IRpAcA = Insuficiência Respiratória Aguda ou Crônica Agudizada.

† NS = não significativo.



**Tabela 3** – Comparação dos critérios clínicos e terapêuticos entre os pacientes elegíveis para Avaliação Paliativista discutidos ou não pela Comissão de Cuidados Paliativos e Controle da Dor do (CCPD).

Critérios clínicos e terapêuticos dos pacientes	Elegíveis para avaliação paliativista e não discutidos pela CCPD (G1) n = 40		Elegíveis para avaliação paliativista e discutidos pela CCPD (G2) n = 13		Teste Estatístico (p)
	n	%	n	%	
	<b>CBAV*</b>	38	95	13	
Insuficiência Cardíaca	8	20	3	23,1	
DPOC†	6	15	4	30,8	
Doença Hepática Crônica	6	15	3	23,1	
Insuficiência Renal Crônica	9	22,5	3	23,1	
Neoplasia Avançada	8	20	4	30,8	p<0.05
Parada Cardiorrespiratória	7	17,5	2	15,4	
Insulto Neurológico	12	30	5	38,5	
Demência Prévia	8	20	4	30,8	
Outros	3	7,5	2	15,4	
<b>Intervenção efetuada</b>	11	27,5	7	53,9	
Traqueostomia	3	7,5	4	30,8	p<0.05
Hemodiálise	9	22,5	3	23,1	

\* CBAV = Condições de Base Ameaçadoras da Vida.

† DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.