

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TATIANA MAGALHÃES SILVA

**CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI: ELABORAÇÃO DE CARTILHA PARA A
ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMEIROS NO CUIDADO A PACIENTES
COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TATIANA MAGALHÃES SILVA

**CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI: ELABORAÇÃO DE CARTILHA PARA A
ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMEIROS NO CUIDADO A PACIENTES
COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Doenças Crônicas Não-Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dda. Livia Drago

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI: ELABORAÇÃO DE CARTILHA PARA A ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMEIROS NO CUIDADO A PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS** de autoria do aluno **TATIANA MAGALHÃES SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.

Profa. Dda. Livia Drago
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico a construção deste trabalho à minha família, que é sempre a base para que tudo em minha vida se torne realidade. Em especial à minha avó materna Helena (*in memoriam*), mulher forte e sensível ao mesmo tempo, que ensinou e continua ensinando a muitos com seu exemplo de vida.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
3 MÉTODO	13
4 RESULTADO	15
5 DISCUSSÃO.....	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

RESUMO

Este trabalho objetivou elaborar uma cartilha que auxilie os enfermeiros da unidade de terapia intensiva do Hospital Regional de Santa Maria na identificação e inserção de pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis, em condições de terminalidade, sob cuidados paliativos. Como objetivo específico procurou-se proporcionar discussão entre a equipe de enfermeiros sobre o tema dos cuidados paliativos na UTI, com um material educativo disponível que guiasse as condutas e planejamentos, incentivando também a busca por novas informações na literatura. A elaboração da cartilha a partir da realidade de trabalho produziu uma tecnologia de concepção ou interpretativa. Tal cartilha foi construída com base na literatura de revistas científicas e manuais, apresentada à equipe no local de trabalho durante reunião na unidade. Ao apresentar preliminarmente a cartilha, observou-se entre os enfermeiros a discussão em cima de quatro pontos principais: o afastamento da equipe no processo de terminalidade; a indicação de cuidados paliativos na UTI; a responsabilização do enfermeiro e a dificuldade de comunicação entre equipe e com familiares. Este estudo possibilitou a discussão do cuidado paliativo na UTI voltado para pacientes portadores de DCNT e a introdução de um tema relevante para o cotidiano, evidenciando a dificuldade de colocá-lo em prática por envolver a mobilização da equipe multiprofissional.

Palavras-Chaves: Doença Crônica, Cuidados Paliativos, Unidades de Terapia Intensiva.

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) demandam empenho e atenção contínua da sociedade e de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas. Além das doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus, a Organização Mundial da Saúde (OMS) também inclui na lista de doenças que definem as DCNT algumas doenças que causam o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da coletividade, como as desordens mentais, neurológicas e genéticas, as patologias oculares e auditivas e as doenças bucais, ósseas e articulares (BRASIL, 2008).

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) se tornaram prioridade na área da saúde no Brasil. Isso ocorre pois os impactos socioeconômicos crescem continuamente, causando maiores custos econômicos para as famílias, o sistema de saúde e a sociedade. Dados da OMS apontam que no ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram de doenças crônicas no mundo, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas. Essas mortes encontram-se distribuídas tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (BRASIL, 2008).

Por não possuírem uma causa claramente definida, as DCNT são consideradas de etiologia múltipla, e se caracterizam por apresentarem muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e, também, pela influência nas condições de vida, tanto positivamente pelas oportunidades de prevenção, devido sua longa duração, como negativamente, por sua associação com deficiências e incapacidades funcionais, quando não há uma abordagem sistemática para o tratamento, a ponto de evitá-las (BRASIL, 2008).

Atualmente, é cada vez maior o número de mortes por doenças crônicas ou progressivas, o que levou ao crescimento percentual de doentes em estado terminal nos hospitais e em seus domicílios (BARBOSA; VALLENTE; OKAY, 2001 apud RONCARATI et al, 2003). Diz-se que a pessoa está na fase terminal de sua doença quando as possibilidades de recursos terapêuticos curativos estão exauridas e quando não existe mais tempo nem oportunidade de agir contra a doença.

Apesar de um estágio avançado de uma doença ou de ainda existir a necessidade de outros tratamentos, o cuidado paliativo (CP) visa ofertar aos pacientes e seus familiares qualidade de vida e prevenir e amenizar o sofrimento humano em muitas de suas dimensões. O Cuidado Paliativo é, na verdade, uma filosofia de cuidar que complementa as terapêuticas curativas da Medicina moderna,

auxiliando pacientes e familiares nos processos decisórios e promovendo oportunidades de evolução pessoal, além de proporcionar aos profissionais de saúde dignidade e significado aos tratamentos adotados (COSTA FILHO et al, 2008).

Uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais e sacerdotes permite uma abordagem mais completa, pois, de acordo com a Medicina paliativa, os objetivos consistem em identificar e solucionar as demandas dos pacientes e entes queridos, nas esferas física, psicológica, espiritual ou social. Para a eficácia deste trabalho, uma boa comunicação entre os diferentes profissionais se torna imprescindível (COSTA FILHO et al, 2008).

Diversas morbidades e condições de saúde comumente encontradas em unidades de terapia intensiva, e algumas vezes fora deste ambiente, como a de pacientes acometidos com o câncer, insuficiência cardíaca grave progressiva, falência hepática e/ou renal, doenças neurodegenerativas, lesões medulares graves, doenças pulmonares crônicas e degenerativas, assim como aqueles pacientes que tiverem diagnóstico de doenças ameaçadoras à vida, ou que estejam enfrentando uma condição debilitante, independente da faixa etária, são aspirantes a receberem os cuidados paliativos. Contudo, “surgem evidências na literatura sobre o controle inadequado de sintomas, ao final de vida nas UTP” (COSTA FILHO et al, 2008, p.90).

Neste contexto, onde o avanço tecnológico dentro das unidades de terapia intensiva desenvolveu um cenário cada vez mais presente de ações distanásicas, sem uma atenção adequada ao sofrimento físico, mental e espiritual, tanto de pacientes na fase terminal de suas doenças como de seus familiares, observou-se a necessidade de intervenção na equipe de saúde para que suas ações fossem pautadas na ética e nos princípios da bioética da justiça, da não-maleficência, da benevolência e da autonomia do indivíduo.

Ao elaborar uma cartilha sobre o tema dos cuidados paliativos no ambiente de UTI, buscou-se iniciar uma discussão sobre a forma como os profissionais desse local atuam e devem atuar, fomentar o interesse sobre o tema e aumentar a comunicação entre a equipe, paciente e familiares na decisão de condutas aos pacientes gravemente enfermos em fases terminais de suas doenças, principalmente, ao iniciar a atuação sobre a equipe de enfermeiros, que são os profissionais que gerenciam o cuidado e que estão em maior contato com equipe médica e familiares, recaindo sobre eles, em um primeiro momento, a função de dinamizar a interação entre a equipe para planejar e instituir os cuidados prestados a esse paciente e seus familiares ou responsáveis legais.

O objetivo geral deste trabalho foi elaborar uma cartilha que auxilie os enfermeiros da unidade de terapia intensiva do Hospital Regional de Santa Maria na identificação e inserção de pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis, em condições de terminalidade, sob cuidados paliativos. Como objetivo específico procurou-se proporcionar discussão entre a equipe de enfermeiros sobre o tema dos cuidados paliativos na UTI, com um material educativo disponível que guiasse as condutas e planejamentos, incentivando também a busca por novas informações na literatura.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na prática da assistência ao paciente gravemente enfermo, quando todos os recursos terapêuticos foram aplicados sem resposta satisfatória e quando sua evolução cursa com sofrimento e dor, muitas vezes o profissional da UTI se vê obrigado a optar pela adoção de cuidados paliativos (KNOBEL, 2006).

Quando ocorre a morte lenta e ansiosa, envolta por sofrimento e, ainda, a obstinação terapêutica, diz-se que houve a distanásia, que em ambientes de terapia intensiva acontecem mais frequentemente que a eutanásia, foco de tantas polêmicas (KNOBEL, 2006).

Atualmente, o grande aparato tecnológico acessível nas unidades de terapia intensiva não tem significado uma melhora efetiva na qualidade de vida de seus pacientes. Muitas vezes, a possibilidade de dilatar o tempo de vida dos doentes provoca o sofrimento, a potencialização da dor e retardam o processo de morte. A vulnerabilidade do paciente internado em UTI em receber tratamentos que extrapolam a capacidade de recuperação de seu quadro clínico, devido à gravidade de sua patologia e à restrição na capacidade de tomar decisões, transforma-se em obstinação terapêutica (BATISTA et al, 2009).

A obstinação terapêutica acontece quando há impotência de tratamentos evidenciando a ineficácia deles, quando é improvável a chance de alterar o curso da doença, apesar da severidade das terapêuticas aplicadas, e quando a excepcionalidade dos meios terapêuticos é desproporcional ao fim que o médico quer atingir. O que diverge da situação em que as terapias sustentadoras das funções vitais são mantidas por períodos extensos devido à imprevisibilidade de prognóstico de algumas patologias, demonstrando uma atitude eticamente positiva por parte do médico, definido como insistência terapêutica (BATISTA et al, 2009).

Há uma grande discussão, no âmbito da ética médica, em torno do limite do emprego de terapias que sustentam as funções vitais, na medida em que a aplicação delas poderia extrapolar o limite da insistência terapêutica para transformar-se em futilidade terapêutica (BATISTA et al, 2009).

A futilidade terapêutica é difícil de ser definida e é aceita em muitos casos, mas não tem espaço em cuidados paliativos, já que se objetiva que o paciente tenha uma morte digna e sem sofrimento. A explicação para que a obstinação terapêutica seja utilizada tem sido atribuída à

medicina defensiva, que emprega diversas ações clínicas, motivada total ou parcialmente, com o propósito de proteger o profissional de saúde de possíveis acusações relacionadas à má prática médica. Para que não haja o medo de alguma acusação é preciso que as decisões sejam muito bem embasadas tecnicamente (PINTO, 2009).

Além disso, uma análise meticulosa e individualizada de cada paciente beneficiaria tanto aqueles que poderiam obter vantagem em realizar determinado procedimento ou exame mais complexo para o controle de sintomas, quanto aqueles que não teriam nenhum ganho com condutas mais invasivas. Podem ser utilizados para a avaliação desse paciente alguns índices de prognóstico, como o KPS (Karnofsky performance status), o Palliative Prognostic Score (PaP score), a síndrome de anorexia e caquexia, outros dados como a presença de dispnéia e os fatores metabólicos, como hipercalcemia, hiponatremia, leucocitose e linfopenia, que são passíveis de mensuração por meio de escalas (PINTO, 2009).

Definir o paciente alvo de cuidados paliativos e ofertar cuidados a indivíduos com doenças terminais e seus familiares representa um grande desafio para a equipe de enfermagem, que está mais diretamente presente nessa situação; uma vez que o objetivo de curar dá lugar às habilidades do cuidar, relacionados a sofrimento, dignidade e apoio. Neste cenário, é necessário aprender a lidar com as perdas em um contexto de doença sem prognóstico. Um desafio que poucos se propõem a discutir, e muito menos a enfrentar (SANTANA et al, 2009).

Sob a ótica dos cuidados paliativos, o enfermeiro desempenha funções gerenciais e práticas e tem um ambiente autêntico para a prática da enfermagem fundamental, já que neste momento específico do tratamento, este profissional, em maior harmonia com os outros profissionais, volta sua atenção ao cuidado ante a estrutura de cura (FIRMINO, 2009). Neste contexto, foi elaborada uma cartilha, a partir de artigos científicos, livros e manuais produzidos pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), para ser utilizada pelo enfermeiro para auxiliar a equipe de saúde na definição do paciente crônico que necessita de cuidados paliativos e também para proporcionar um maior entendimento sobre a assistência que deve ser prestada a esse paciente.

3 MÉTODO

A cartilha foi desenvolvida para atender as necessidades de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto, localizado na região sul do Distrito Federal (DF). O Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) é um Módulo Assistencial da Região de Saúde Sul do Distrito Federal, que abrange as Regiões Administrativas do Gama e de Santa Maria, que apesar de previamente determinado para atender essa demanda territorial, acaba recebendo a demanda das cidades goianas do entorno do DF, como Valparaíso e Luziânia, que quando necessitam de assistência de alta complexidade, como a prestada na UTI, dão entrada no sistema de saúde do DF por meio da emergência deste hospital ou de outros hospitais da rede, até entrarem na central de regulação de leitos de UTI e serem direcionados para um dos leitos da rede ou rede referenciada.

A UTI Adulto do HRSM é uma UTI geral, não atende por especialidades e quando algum paciente tem a necessidade de um atendimento especializado, por exemplo, da neurocirurgia, da oncologia ou da cirurgia vascular, ele deve ser referenciado para algum dos Pólos de Referência Distrital, como o Hospital de Base ou Hospital de Apoio.

A UTI tem 18 leitos, sendo 3 deles preparados para receberem pacientes em isolamento respiratório. No entanto, como a admissão de pacientes é feita de acordo com a lista de prioridades definida pelos médicos da Central de Regulação de Leitos de UTI, nem sempre esses leitos são ocupados somente por pacientes que necessitam de isolamento.

Como esta é uma UTI geral, ela recebe todos os tipos de pacientes, com enfermidades agudas ou crônicas.

De acordo com a problemática vivenciada na UTI do HRSM, com perfil de um percentual grande de pacientes crônicos, que muitas vezes chegam à fase terminal de sua doença sem a definição deste período, sem participação e conhecimento dos familiares e um processo de comunicação deficiente entre a equipe de saúde, foi desenvolvida uma cartilha para auxiliar na conduta do enfermeiro frente ao reconhecimento deste paciente, integração com o restante da equipe e orientação para os cuidados com este paciente e sua família.

Para desenvolver a cartilha, durante um mês, foi realizada uma ampla pesquisa na literatura já descrita no meio científico sobre o assunto e compilação do que se pode adaptar à

realidade da UTI do Hospital Regional de Santa Maria em uma cartilha voltada para os enfermeiros da unidade.

A cartilha foi entregue aos enfermeiros da unidade e após o primeiro contato com o material foi realizada uma reunião com a equipe de enfermeiros, realizada na própria unidade de trabalho. Foi solicitado que esses enfermeiros falassem dos principais pontos da cartilha que chamaram a atenção e da correlação com a sua realidade de trabalho.

A elaboração da cartilha a partir da realidade de trabalho produziu uma tecnologia de concepção ou interpretativa, pois buscou delimitar o papel do enfermeiro em relação a outros profissionais e proporcionou ao enfermeiro justificar os cuidados que são próprios de seu papel e provar sua contribuição específica no domínio da saúde do paciente em processo de terminalidade e seus familiares, permitindo a esses profissionais iniciar uma discussão em torno do que pode ser feito nesta realidade.

Por não se tratar de uma pesquisa o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida). Portanto, os diálogos produzidos nas reuniões com os enfermeiros não foram reproduzidos, mas apenas traduzidos em pontos chaves das discussões sobre a tecnologia, como vantagens e problemas, e confrontados com a literatura.

4 RESULTADO

Cartilha elaborada para auxiliar os enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Santa Maria na identificação e inserção de paciente com doenças crônicas não-transmissíveis, em condições de terminalidade, sob cuidados paliativos.

CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI PARA PACIENTES CRÔNICOS



HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA –
DISTRITO FEDERAL

MARÇO/2014

OBJETIVOS:

O processo do morrer é um processo intrínseco ao viver e uma realidade que se acentua em nossos dias, agora concentrado nos leitos de hospitais. As doenças crônicas, frequentemente, em alguma fase de sua evolução, levam o paciente a um estágio de terminalidade (CARVALHO, 2000). “Aspectos culturais e sociais associados às dificuldades de manter tratamento de doentes terminais em seus lares levaram à morte institucionalizada” (Moritz ET al, 2008, p.422). Nestas circunstâncias, os profissionais de saúde se veem despreparados, pois desde sua formação foram preparados com ênfase nos recursos de cura e de dilatação da morte, sem preparação científica e humanística para enfrentar o fim da vida como contingência natural do ser humano.

Quando o portador de doença crônica está na fase dos limites, uma síntese da fase mais crítica em relação às anteriores, a garantia da oferta de uma melhor qualidade de vida deveria ser priorizada na vida do paciente fora de possibilidades de cura, onde se restabeleceria a cultura dos cuidados. Porém, é justamente nessa fase que o profissional tenta evitar o contato com a morte, e é comum se ouvir a expressão: “não há mais nada que eu possa fazer para ajudá-lo” (CARVALHO, 2000).

Neste contexto, esta cartilha foi elaborada, com o objetivo de auxiliar os enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Santa Maria na identificação e inserção de pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis, em condições de terminalidade, sob cuidados paliativos. Como objetivo específico procurou-se proporcionar discussão entre a equipe de enfermeiros sobre o tema dos cuidados paliativos na UTI, com um material educativo disponível que guiasse a conduta e planejamentos, incentivando também a busca por novas informações na literatura.

Desse modo, a ênfase nos cuidados paliativos a esses pacientes propõe um aperfeiçoamento no pensar, no agir e na prática daqueles que estão envolvidos no processo de doença, para que se tornem mais preparados para uma assistência e educação no âmbito do cuidar humano, ético e de interação, de modo que acerque os profissionais da saúde, o doente e a família (CARVALHO, 2000).

CUIDADOS PALIATIVOS

DEFINIÇÃO:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define cuidados paliativos como:

ações ativas e integrais prestadas a pacientes com doença progressiva e irreversível, e a seus familiares. Nesses cuidados é fundamental o controle da dor e demais sintomas mediante a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (MORITZ et al, 2008).

Se trata de uma prática que pretende tão somente potencializar a qualidade de vida remanescente de pacientes fora de possibilidade de cura e de seus familiares, utilizando técnicas que ampliam o bem estar mas não aumentam nem diminuem a sobrevida do doente (CARVALHO, 2000).

CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI:

É a assistência prestada ao paciente crítico em estado terminal, quando a cura é inacessível e, portanto, deixa de ser o foco da atenção. O objetivo primário é possibilitar que o paciente tenha uma morte digna e tranquila, proporcionando seu conforto (MORITZ et al, 2008).

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DOS CUIDADOS PALIATIVOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA:

De acordo com Moritz e colaboradores (2008), os princípios fundamentais dos cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva consistem em:

- Aceitar a morte como um processo natural do fim da vida;
- Priorizar sempre o melhor interesse do paciente;
- Repudiar futilidades: diagnóstica e terapêutica;
- Não encurtar a vida nem prolongar o processo de morte;
- Garantir a qualidade da vida e do morrer;
- Aliviar a dor e outros sintomas associados;
- Cuidar dos aspectos clínicos, psicológicos, sociais, espirituais dos pacientes e de seus familiares;
- Respeitar a autonomia do doente e seus representantes legais;
- Avaliar o custo-benefício a cada atitude médica assumida;
- Estimular a Interdisciplinaridade como prática assistencial.

QUAIS PACIENTES PODEM RECEBER OS CUIDADOS PALIATIVOS?

INDICAÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI

De acordo com a definição da OMS, todos os pacientes que possuem doenças graves, progressivas e incuráveis, ameaçadoras à continuidade da vida, deveriam obter a atenção dos cuidados paliativos desde o seu diagnóstico (ARANTES, 2009).

A internação em UTI é destinada àqueles pacientes com enfermidades agudas ou com complicações de doenças crônicas que exijam cuidados peculiares pelo alto risco de agravo ou mortalidade e/ou pela imprescindibilidade do controle contínuo dos sinais e sintomas clínicos, além de variáveis fisiológicas (CARVALHO & ARANTES, 2008).

No entanto, a indicação de UTI pode, muitas vezes, sofrer alterações da indicação prevista inicialmente devido a má comunicação entre médico, paciente e família, ou por causa da incapacidade do paciente ou da família em resignar-se diante da morte irremediável e, muitas vezes, da dificuldade do próprio médico e de sua equipe em cuidar de um paciente em processo de terminalidade (CARVALHO & ARANTES, 2008).

Existem muitas barreiras para prestar Cuidados Paliativos eficazes. A comunicação é a principal delas. Alguns dilemas vêm à tona quando há comunicação insuficiente sobre as decisões de fim de vida, quando há incapacidade do paciente de participar nas discussões sobre seu tratamento, quando existem expectativas não-realistas por parte dos pacientes e de seus familiares sobre o prognóstico ou a eficácia do tratamento na UTI e quando faltam oportunidades para discussão sobre a forma como os pacientes desejam receber os cuidados no final da vida (ARANTES, 2009).

A dificuldade de encarar a própria finitude e impotência diante da inevitabilidade da morte, assim como os problemas ético-legais que permeiam as decisões em cuidados paliativos influenciam a vivência desses dilemas (ARANTES, 2009).

Diante disso, Arantes (2009) traz algumas situações encontradas em UTI que podem ser consideradas como critérios para identificar pacientes que se beneficiariam em receber atenção de Cuidados Paliativos:

- Admissão proveniente de instituição de longa permanência, portador de uma ou mais condições crônicas limitantes (por exemplo, demência);
- Duas ou mais estadias na UTI na mesma internação;
- Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falha na tentativa de desmame;
- Falência múltipla de órgãos;

- Paciente candidato à retirada de suporte ventilatório com possibilidade de óbito;
- Câncer metastático;
- Encefalopatia anóxica;
- Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões.

Em geral, um paciente deve ser incluído em um programa de cuidados paliativos quando existe o discernimento de que, além da terapêutica curativa, há a presença de sintomas e desconfortos que prejudicam a sua qualidade de vida e que precisam ser tratados com competência e seriedade por uma equipe especializada. Os cuidados paliativos devem sempre existir em hospitais gerais de grande porte e onde se tratam câncer, SIDA, idosos e pacientes crônicos (MACIEL et al, 2006).

AVALIAÇÃO DE PROGNÓSTICO

Quando se avalia o tempo de sobrevivência de uma pessoa, e se estabelece uma expectativa de vida pequena, em dias ou semanas, existe o risco de se designar a “morte social” antes da morte física do paciente ao desvalorizar suas necessidades e omitir-se diante da possibilidade de conforto real na perspectiva do paciente e de sua família (ARANTES, 2009).

Por sua complexidade é que esta avaliação busca reforços constantes em escalas, sinais e sintomas que podem apontar o processo de morte em fases precoces, mas ainda envolve julgamentos fisiológicos e sociais multifacetados (ARANTES, 2009).

Para tentar superar a dificuldade de avaliação prognóstica, foram definidos alguns critérios clínicos para cada doença ou para cada condição clínica, que auxiliam na decisão de encaminhar o paciente aos cuidados paliativos. Indicadores não-específicos, como perda ponderal progressiva, declínio de proteínas plasmáticas e perda funcional, também são utilizados (ARANTES, 2009). Chiba (2008) traz alguns critérios objetivos de gravidade para indicar o início de Cuidado Paliativo elaborado pela Organização Nacional de Hospice dos Estados Unidos. A seguir, apresenta-se a tabela 1 que aborda os indicadores de prognóstico dessa organização:

Tabela 1 – Indicadores de Prognósticos da Organização Nacional de Hospice - 1996	
Doença Cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> ● NYHA Classe IV, ● Fração de Ejeção < 20% ● Refratariedade a tratamento otimizado, incluindo

	<p>vasodilatadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Outros fatores indicando mau prognóstico <ul style="list-style-type: none"> arritmia sintomática resistente história de parada cardíaca síncope a esclarecer embolia cardiogênica
Doença Pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> ● Dispnéia incapacitante ● VEF₁ < 30% ● Emergências freqüentes ● Cor pulmonale ● Hipoxemia em oxigenoterapia c/ retenção de CO₂ ● Perda de peso não-intencional
Demência	<ul style="list-style-type: none"> ● Restrito a leito ou cadeira ● Dependência para atividade de vida diária ● Incontinências ● Impossibilidade de comunicação ● Comorbidade importante ● Comprometimento nutricional na recusa de alimentação via sonda ou nutrição via sonda prejudicada
Acidente vascular Encefálico	<ul style="list-style-type: none"> ● Fase aguda, até 3º dia: coma, resposta anormal de tronco cerebral ● Disfagia precedido de recusa de alimentação via sonda ● Demência pós-AVE ● Índice de Karnofsky < 50% ● Comprometimento nutricional ● Broncopneumonia aspirativa ou Infecção de trato urinário recorrente ● Sépsis ● Úlceras de pressão
Doença hepática	<ul style="list-style-type: none"> ● Contra-indicação para transplante hepática ● TP > 5 seg além do controle ● Hemorragia varicosa recorrente ● Caquexia ● Uso de álcool <p>Pelo menos um dos próximos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ascite refratária ● Peritonite bacteriana espontânea ● Síndrome hepatorenal ● Encefalopatia hepática ● Coma
Doenças renais	<ul style="list-style-type: none"> ● Recusa de indicação de transplante ou procedimento dialítico ● Clearance de Creatinina <15 mL/min ● Creatinina sérica > 8 mg/dL (6 mg/dL, se DMII)

Outras escalas auxiliam nesta avaliação, como a escala de performance status de Karnofsky, desenvolvida para pacientes com câncer como um meio objetivo de documentar o declínio clínico do paciente, avaliando sua capacidade de realizar determinadas atividades básicas. Outro instrumento útil para medir a condição clínica do paciente é a Escala de Performance Paliativa (PPS), que se baseia na capacidade de deambulação, atividade, evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência (ARANTES, 2009).

Entretanto, o bom senso é a maior arma na área de cuidados paliativos para um profissional de saúde, uma vez que cada patologia apresentada pelo paciente tem sua característica de evolução e sua sobrevida individualizada (CHIBA, 2008).

NOVO ENFOQUE: CUIDAR

De forma consensual, a equipe multiprofissional deve estabelecer em conjunto com o paciente, quando capaz, e seus familiares ou representante legal, a opção por privilegiar os cuidados paliativos ante as terapias curativas e o reconhecimento de medidas fúteis. Após essas definições, as ações paliativas devem ser registradas de forma clara no prontuário do paciente (MORITZ et al, 2008).

Algumas medidas curativas/restaurativas podem ser consideradas tratamento fútil durante a assistência a um paciente terminal, assim como: nutrição parenteral ou enteral, administração de drogas vasoativas, terapia renal substitutiva, instituição ou manutenção de ventilação invasiva e, inclusive, a internação ou permanência do paciente na UTI (MORITZ et al, 2008).

Existem protocolos específicos para a retirada de procedimentos que utilizam os respiradores mecânicos, as bombas de infusão e as máquinas de diálise. São altamente específicos e variam de serviço para serviço levando em conta, inclusive, valores culturais e religiosos de cada povo. Porém, não há como estruturá-los sem reconhecer que determinadas condutas são muitas vezes fúteis (CARVALHO & ARANTES, 2008).

Todo profissional de saúde tem a responsabilidade de oferecer ao paciente uma assistência competente, qualificada e diferenciada no fim da vida, cada um com sua formação e especialidade, enfocando diferentes perspectivas. A enfermagem, em especial o enfermeiro, possui grande potencial para tornar esse cuidado mais eficaz (SILVA, ARAÚJO & FIRMINO, 2008).

Por estar mais próximo do paciente em atividades como as relacionadas à hidratação, à nutrição, ao cuidado com lesões, ao controle da náusea e dos vômitos e à movimentação, por exemplo, é muito importante que o enfermeiro desenvolva habilidades de comunicação verbal e não-verbal. Sendo fundamental saber falar, ao fazer perguntas diretivas e não diretivas e ao utilizar paráfrases e metáforas, saber usar o silêncio de maneira adequada, saber utilizar o toque de modo afetivo, não só instrumental e que esteja atento às expressões faciais e posturas corporais do paciente. Lembrando que a doença não atinge somente o paciente, mas também os seus familiares, que necessitam de cuidados constantes (SILVA, ARAÚJO & FIRMINO, 2008).

Utilizar a capacidade de observação, percepção e, acima de tudo, escuta atenta às queixas do paciente para reconhecer sintomas como dor, dispneia, anorexia, náusea e vômito, constipação, confusão mental e agitação é essencial para conseguir um controle e acompanhamento adequado na fase final da vida. Uma vez que, neste momento, o reconhecimento precoce e avaliação de maneira sistematizada dos sintomas equivalem aos sinais vitais do paciente em processo de terminalidade (MACIEL et al, 2006).

O respeito aos princípios da bioética da beneficência, não-maleficência, autonomia do paciente e justiça devem alicerçar o exercício de cada profissional, além da utilização de recursos de maneira adequada e racional no planejamento dos cuidados (PEREIRA & REIS, 2007).

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde estão cada vez mais presentes na fase final de vida dos pacientes e devem participar desse momento ativamente, sem receios, embasados em conhecimentos científicos e éticos. Sabendo que cada ser é complexo e que não é possível expor de forma sintética as particularidades apresentadas por esses pacientes no fim de suas vidas, vale lembrar que não há o ser simplesmente biológico, mas sim o indivíduo com uma história de vida e com aspectos importantes como a cultura, a religião e o meio social a serem considerados para que a assistência prestada seja a mais integral possível (CHIBA, 2008).

5 DISCUSSÃO

A necessidade de se introduzir o tema dos cuidados paliativos para doentes crônicos em UTI resultou na produção de um material educativo sobre o tema: uma cartilha destinada ao uso dos enfermeiros do setor. Ao apresentar preliminarmente a cartilha, durante reunião da unidade, observou-se entre os enfermeiros a discussão em cima de quatro pontos principais: o afastamento da equipe no processo de terminalidade; a indicação de cuidados paliativos na UTI; a responsabilização do enfermeiro e a dificuldade de comunicação entre equipe e com familiares.

Quanto ao afastamento da equipe no processo de terminalidade, notou-se nas discussões uma tendência dos enfermeiros a se afastar do paciente e deste momento triste para a família, ao invés de se colocar disponível para os questionamentos, dúvidas e anseios do paciente e da família. O que contrasta com a atitude esperada em uma unidade que respeita os princípios dos cuidados paliativos e respeita a dignidade do paciente no final de sua vida.

Para Santana e colaboradores (2009), os familiares de pacientes terminais procuram formar com o profissional de saúde um vínculo de confiança e zelo, tanto em relação a procedimentos técnicos quanto a uma atenção diferenciada.

O afastamento do profissional no contexto da terminalidade na UTI pode ser explicado pela deficiência na formação dos profissionais de saúde, aliado à percepção da morte na cultura ocidental relacionada a sentimentos de perda, fracasso, tristeza, medo e insegurança (SANTANA et al, 2009).

Uma vez que todo paciente tem direito ao cuidado, independente de seu prognóstico, vários autores estão em comum acordo de que vale a pena continuar lutando por esse paciente. E isso implica estar próximo do processo de terminalidade e do óbito, e como os profissionais lidarão com isto diariamente (SANTANA et al, 2009).

Existem vários desafios a serem vencidos, incluindo a superação de um ensino fragmentado e reducionista, e o desenvolvimento de posturas relacionadas ao vínculo, ao acolhimento, à afetividade e ao respeito, que compõem atitudes necessárias ao enfermeiro para a percepção da subjetividade e da singularidade do paciente (SANTANA et al, 2009).

Quanto à identificação do paciente sem possibilidade de cura na UTI, houve consenso de que é necessário conhecimento e embasamento científico para reconhecer o paciente em uma fase terminal de sua doença, mas principalmente uma avaliação individualizada, contínua e detalhada. Além da necessidade de comunicação eficaz entre a equipe de saúde e familiares para que haja paridade nas ações e discursos.

Na rotina de trabalho dos enfermeiros intensivistas é comum o contato com pacientes críticos que tem potencial para a cura, assim como pacientes admitidos fora de possibilidade de cura ou que se tornam terminais durante o tratamento. A utilização de muitos recursos tecnológicos, mas com resultados desalentadores são comuns de serem vistos nas unidades de terapia intensiva (UTI), naqueles pacientes que chegaram a um determinado momento de seus tratamentos em que se torna inevitável o processo de morte, o que caracteriza o paciente fora de possibilidade de cura (SILVA, PACHEMSHY, RODRIGUES, 2009).

Para Maciel (2009), cuidados paliativos e medicina paliativa demandam conhecimento técnico refinado, associado à percepção do ser humano como ser autônomo e determinante do seu próprio curso de adoecer e morrer. Portanto, o desafio é a boa avaliação do paciente, com embasamento clínico e científico que determinem o reconhecimento desse processo, valorizando a história natural da doença pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante da enfermidade. A partir daí, deve-se promover uma atenção específica para o controle de sintomas e o bem-estar do paciente e o dos que o cercam. Sendo necessário que os familiares compreendam a evolução da doença e a série de acontecimentos que levarão ao evento final.

Por essas questões que os cuidados paliativos prestados ao paciente em terminalidade e seus familiares não constituem tarefa fácil, há necessidade de uma prática altamente individualizada e envolvimento da equipe de saúde.

As discussões sobre a cartilha também levaram a outro ponto importante que é a responsabilização do enfermeiro. A tomada de consciência de que, em um serviço onde não há estruturação de uma equipe especializada em cuidados paliativos, um ambiente adequado para acolher familiares ou protocolos assistenciais aos pacientes fora de possibilidade de cura, o enfermeiro pode e deve estar atento ao paciente que necessita de cuidados paliativos e interagir com o restante da equipe multiprofissional para promover o conforto, controle de sintomas e uma morte digna ao paciente.

Corroboram com este pensamento Carvalho e Arantes (2008), pois para eles é possível paliar dentro da UTI, mesmo não havendo equipes específicas nem formação, pode-se executar ações paliativas de conforto e controle de sintomas, que podem e devem fazer parte do atendimento de todo paciente dentro e fora da UTI. Entretanto, isso leva tempo e demanda uma notável mudança cultural hospitalar e na forma de pensar dos profissionais intensivistas.

O cuidado é o fundamento do trabalho da enfermagem, e para o manejo adequado do paciente em fase terminal, não são suficientes para o enfermeiro apenas os conhecimentos acerca do controle da dor e outros sintomas comuns na fase final de muitas doenças, mas também a compreensão e a reflexão sobre a morte e a terminalidade (SILVA, PACHEMSHY, RODRIGUES, 2009).

O enfermeiro deve atuar em favor de seus pacientes e familiares, preferencialmente em conjunto com o restante da equipe de saúde, sempre que for capaz de detectar formas de promover melhorias na qualidade de vida dos pacientes terminais ou em situações de distanásia, assim como, a implementação dos cuidados paliativos, o alívio da dor, o uso da sedação de maneira correta e a maior introdução da família dentro da UTI (SILVA, PACHEMSHY, RODRIGUES, 2009).

O enfermeiro reconhece sua responsabilidade e atuação dentro da equipe para promover cuidados paliativos aos pacientes em terminalidade, mas muitas vezes encontra limitações em suas ações por impasses na comunicação entre a equipe.

É importante que família e equipe multiprofissional estejam envolvidos nas decisões a serem tomadas em relação à recusa ou interrupção de determinadas medidas. No entanto, deve-se lembrar que a decisão final e a responsabilidade legal da condução da terapia adotada são do médico. Porém, é certo que decisões compartilhadas e discutidas em conjunto, que objetivam resolver conflitos que possam surgir e apontar intenções e possibilidades reais de tratamentos, proporcionariam mais facilidade e menos sofrimento (SILVA, PACHEMSHY, RODRIGUES, 2009).

Condutas clínicas divergentes sobre um mesmo paciente muitas vezes são motivos de prolongamento da vida, assim como provocam dilemas para os enfermeiros, que acabam se distanciando dessas situações, por vezes de maneira consciente, pelo sofrimento emocional que este enfrentamento ocasiona (SILVA, PACHEMSHY, RODRIGUES, 2009).

É comum que, em plantões diferentes, outro médico retome conduta suspensa anteriormente, motivado por convicções pessoais, criando um problema de difícil solução, conseqüente à falta de diálogo entre equipe médica. Desta forma, a decisão de interromper determinado tratamento fútil ou inútil nem sempre é consenso entre os profissionais e sustentada pelos diferentes intensivistas. Postura médica compreensível diante da suspensão, em 2007, por meio de liminar, da Resolução do Conselho Federal de Medicina que permitia ao médico suspender tratamentos e procedimentos que prolongassem a vida de doentes terminais e sem chances de cura, com o consentimento da família ou do paciente. Apesar de evitar a perda do registro no conselho da profissão, a resolução não isentava o médico de responsabilidade criminal (SILVA, PACHEMSHY, RODRIGUES, 2009).

Desta maneira, os enfermeiros se veem desestimulados ao se depararem com práticas que muitas vezes não concordam, relacionadas à reanimação cardiopulmonar, ao aumento progressivo de drogas vasoativas e à procedimentos invasivos, que se sobrepõem ao conforto do paciente que está morrendo.

No entanto, para Silva, Araújo e Firmino (2008), os cuidados paliativos são inerentes à prática cotidiana da enfermagem, já que cuidar, em cuidados paliativos, é definido como estar ao lado de pessoas com perda de vitalidade, com dor, depressão, perda de autonomia, entre outros sinais e sintomas, tentando conhecer e respeitar seus valores espirituais e culturais, cabendo ao enfermeiro servir de ponte na relação com os médicos, por estar mais próximo do paciente por mais horas do dia.

Segundo Barros e colaboradores (2012), constitui uma tática adequada para uma prática centrada na pessoa e não apenas nas tarefas a prática de enfermagem sistematizada, pois favorece o reconhecimento das necessidades de cuidado demandadas pelos pacientes e familiares em sua totalidade, assim como a articulação e negociação com os demais membros da equipe de saúde a favor da concretização e melhorias do cuidado.

Para a enfermagem, a comunicação representa ferramenta de grande importância para a execução dos cuidados paliativos com o paciente sem possibilidade cura. Por meio da comunicação eficaz é possível reconhecer e acolher, de maneira empática, as necessidades do paciente, permitindo a prestação do cuidado integral e humanizado. Contempla a escuta atenta, o olhar e a postura, por isso vai muito além das palavras e do conteúdo. O emprego adequado desse recurso constitui medida terapêutica comprovadamente eficaz para pacientes que dele necessitam,

proporcionando vantagens ao paciente por promover o vínculo com familiares e equipe de saúde. Nesse tipo de comunicação, há relacionamento e troca de ideias e de saberes, geradores de uma nova consciência capaz de produzir mudanças no ser humano e no mundo (FRANÇA et al, 2013).

Portanto, mesmo em um hospital onde não haja cuidados paliativos institucionalizado, com equipes de saúde com treinamento específico para a palição e protocolos aprovados, é possível realizar ações que promovam o conforto físico, psicológico e espiritual do paciente fora de possibilidade de cura e de seus familiares. Ações pequenas e isoladas, que se iniciam com pequenos grupos podem produzir grandes avanços e mudanças na cultura da assistência voltada à doença e não ao doente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou elaborar uma cartilha para auxiliar os enfermeiros da unidade de terapia intensiva do Hospital Regional de Santa Maria na identificação e inserção de pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis, em condições de terminalidade, sob cuidados paliativos. Além disso, foi possível proporcionar aos enfermeiros uma discussão reflexiva acerca dos cuidados paliativos na UTI e também incentivá-los à busca por novas informações na literatura.

A discussão em torno do cuidado paliativo na UTI voltado para pacientes portadores de DCNT evidenciou a dificuldade de colocá-lo em prática por envolver a mobilização da equipe multiprofissional.

A enfermagem por ter o cuidado como essência de sua profissão, tem um desafio enorme: destacar o cuidado, a prevalência do conforto e o equilíbrio entre as dimensões física, mental e espiritual dos pacientes em processo de terminalidade, ante todo o aparato tecnológico disponível no ambiente de UTI, que muitas vezes acaba por desviar o caminho para que o paciente tenha uma morte digna. Além do desafio de enfrentar a própria limitação em lidar com a morte e a frustração da perda e da impossibilidade de cura.

A confecção desta cartilha, assim como de outras propostas para ampliar o conhecimento de profissionais da saúde sobre cuidados paliativos na UTI, é uma das maneiras de reduzir as limitações para sua implementação. A realidade dos pacientes crônicos institucionalizados em fases terminais de suas doenças nos faz pensar que é latente a introdução da filosofia dos cuidados paliativos, não só nesta UTI, mas também em outras unidades de terapia intensiva, para que a morte passe a ser encarada com menos sofrimento e angústia, tanto pelos pacientes quanto pelos familiares e profissionais.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, A.C.L.Q. Indicações de Cuidados Paliativos. In: *Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos*, Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p.
- BARROS, N.C.B. et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2 (3): 630-640, set-dez, 2012.
- BATISTA, C.C. et al. Avaliação prognóstica individual na UTI: é possível diferenciar insistência terapêutica de obstinação terapêutica? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.21, nº 3, p.247-254, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CARVALHO, M.V.B. Paciente com prognóstico reservado: preservando sua dignidade pela prática profissional assistida. *Revista de Ciências Médicas - Campinas*, 9(2):86-90, maio/ago, 2000.
- CARVALHO, R.T.; ARANTES, A.C.L.Q. UTI. In: *Cuidado Paliativo* / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.
- CHIBA, T. Relação do cuidado paliativo com as diferentes profissões da área da saúde e especialidades. In: *Cuidado Paliativo* / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.
- COSTA FILHO, R.C. et al. Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 20, nº 1, p. 88-92, Janeiro/Março, 2008.
- FIRMINO, F. Papel do enfermeiro na equipe de cuidados paliativos. In: *Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos*, Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
- FRANÇA, J.F.R.S. et al. Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, (21)3, maio-jun, 2013.
- MACIEL, M.G.S. Avaliação do paciente sob cuidados paliativos. In: *Manual de cuidados paliativos* / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro : Diagraphic, 2009. 320p.

MACIEL, M.G.S. et al. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. . In: *Manual de cuidados paliativos* / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. 60p.

MORITZ, R.D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4):422-28, 2008.

PEREIRA, M. T.; REIS, T.C.S. A não-ressuscitação, do ponto de vista do médico, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 53(2): 225-229, 2007.

PINTO, C. S. Procedimentos sustentadores de vida em cuidados paliativos: uma questão técnica e bioética. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de Cuidados Paliativos*, Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

RONCARATI, R. et al. Cuidados Paliativos num Hospital Universitário de Assistência Terciária: uma necessidade? *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 24, p. 37-48, jan./dez. 2003.

SANTANA, J.C.B. et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Revista Bioethicos - Centro Universitário São Camilo*, v. 3, nº 1, p. 77-86, 2009.

SILVA, F.S.; PACHEMSHY, L.R.; RODRIGUES, I.G. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(2), 148-154, 2009.

SILVA, M.J.P; ARAÚJO, M.T.; FIRMINO, F. Enfermagem. In: *Cuidado Paliativo* / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

KNOBEL, E. *Terapia Intensiva: Enfermagem*, São Paulo: Editora Atheneu, 2006.