

Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível

Palliative care to elderly in critical care unit: feasible reality

Anelise Coelho Fonseca¹, Maria de Jesus Mendes da Fonseca²

¹ Médica, mestranda em Epidemiologia, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ

² Doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora Associada, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ

RESUMO

Objetivos: este artigo discute o papel da Unidade de Terapia Intensiva na perspectiva dos idosos portadores de doenças crônicas em fase avançada, considerando que o local pode ser uma das alternativas de alocação desses enfermos e, nesses casos, os cuidados paliativos representam valiosas ferramentas de trabalho.

Fonte de dados: foram revisados artigos dos últimos 10 anos no portal PubMed, utilizando os descritores *Unidade de Terapia Intensiva, Cuidados Paliativos, Critical Care Unit e Palliative Care*.

Síntese dos dados: a interseção entre cuidados paliativos e a Unidade de Terapia Intensiva deve ser entendida no contexto das mudanças no padrão das doenças e na longevidade dos portadores das doenças crônicas não-transmissíveis. Os cuidados paliativos são intervenções clínicas direcionadas aos pacientes portadores de enfermidades cuja progressão provoca sinais e sintomas desconfortantes, inclusive com elementos associados à instabilidade clínica. As práticas da Unidade de Terapia Intensiva têm como premissa o restabelecimento da fisiologia, e para atingir seu objetivo aplicam recursos farmacológicos, próteses e dispositivos artificiais. A necessidade de utilizar as medidas paliativas na Unidade de Terapia Intensiva foi vislumbrada a partir de informações sobre a elevada prevalência de dor e de outros sintomas de sofrimento e angústia, seja para o paciente, seja para sua família ou para a equipe que o assiste.

Conclusões: é preciso reforçar aos profissionais da saúde que os cuidados paliativos não são incompatíveis com a Unidade de Terapia Intensiva. Ao contrário, sua relevância evidencia-se na maneira com que as suas ações auxiliam no direcionamento do conforto.

DESCRIPTORIOS: CUIDADOS PALIATIVOS; ASSISTÊNCIA PALIATIVA; UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA/ética; IDOSO FRAGILIZADO; PESSOAL DE SAÚDE/educação; DOENÇA CRÔNICA.

ABSTRACT

Aims: This article discusses the role of Intensive Care Unit from the perspective of elderly with chronic diseases in advanced stage, considering that this place can be one of the alternatives for allocation of these patients, and in these cases palliative care are useful tools to work.

Source of data: Articles from PubMed within the past 10 years were reviewed, using the key words *Unidade de Terapia Intensiva, Cuidados Paliativos, Critical Care Unit and Palliative Care*.

Summary of findings: The intersection between palliative care and the Intensive Care Unit should be understood in the context of changing patterns of disease and longevity of patients with chronic non-communicable diseases. Palliative care are clinical interventions directed at patients whose disease progression cause discomforting symptoms and signs, including elements associated with clinical instability. The practices of the Intensive Care Unit have as premises the restoration of physiology, and to achieve this goal they apply pharmacological resources, prostheses and artificial devices. The need to use palliative measures in the Intensive Care Unit was realized from information about the high prevalence of pain and other symptoms of suffering and distress, either to the patients, either for their families or for the team that attends them.

Conclusions: We must strengthen healthcare professionals that palliative care are not incompatible with the Critical Care Unit. Rather, their relevance is in the way that their actions assist in the targeting of comfort.

KEY WORDS: HOSPICE CARE; PALLIATIVE CARE; INTENSIVE CARE UNITS/ethics; FRAIL ELDERLY; HEALTH PERSONNEL/education; CHRONIC DISEASE.

Endereço para correspondência/Corresponding Author:

ANELISE COELHO FONSECA
Instituto SEQUOIA
Rua Conde de Bonfim, 120/809 – Tijuca
Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Telefone: (21) 2568-9465 – (21) 9803-7462
E-mail: anelise1976@gmail.com

INTRODUÇÃO

A interseção entre cuidados paliativos (CP) e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) deve ser compreendida à luz das mudanças no padrão das doenças e na longevidade da população.¹ Conforme a idade avança, mudanças na fisiologia ao longo da vida interferem na dinâmica estrutural do organismo, podendo levar a incapacidade funcional e dependência em graus variados.² A susceptibilidade às doenças crônicas nas pessoas idosas, por conta das características apontadas, é um fato, e os CP podem ser uma ferramenta útil para a atenção a esses pacientes.

Os CP são medidas não curativas, aplicadas em pacientes cuja progressão da enfermidade provoca sinais e sintomas debilitantes e causadores de sofrimento. São intervenções na saúde global, em que profissionais das ciências da saúde, sociais e humanas atuam em diversas esferas, desde o domicílio do paciente até sua internação na UTI.³ Uma vez que o paliativismo não visa à cura e pode ser aplicado independentemente do prognóstico da enfermidade, esta forma de cuidar pode ser usada em conjunto com o tratamento curativo. A prioridade dos CP é oferecer a melhor qualidade de vida possível aos doentes e suas famílias.⁴

Partindo da premissa que o crescimento demográfico do idoso é um fato marcante em todo o mundo, surge a preocupação com a saúde deste grupo populacional, que é o principal contribuinte para a maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Para melhor manejo dos sinais e sintomas das mesmas, os CP podem ser um adjuvante.^{5,6} A Organização Mundial de Saúde afirma que o conjunto das DCNT é responsável por 60% das mortes e incapacidade, podendo alcançar 73% de todas as mortes em 2020. Em 2001, no Brasil, as DCNT, cujos principais exemplos são hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, osteopatias e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde.^{7,8}

Os portadores de DCNT são também mais vulneráveis às formas mais graves das infecções, pela fragilidade de seu estado geral e diminuição da capacidade funcional e da sua autonomia. Normalmente são imunodeprimidos, desnutridos, com baixa reserva fisiológica, elementos que, atrelados às doenças crônicas, podem ser fatores de risco para descompensação clínica.⁹ O desafio que se segue é encontrar o que pode ser oferecido para estes idosos no campo do cuidado com a saúde. Há de se pensar nas alternativas existentes, que podem ser proporcionadas a esses pacientes com finalidade de amenizar as

perdas e o sofrimento originados não somente pelo envelhecimento, mas também pelas doenças. Uma opção para esses casos, principalmente quando o quadro se encontra em fase avançada, são as medidas paliativas.

Simultaneamente com a longevidade e suas consequências, o desenvolvimento tecnológico se faz presente em uma velocidade progressiva e é colocado à disposição das equipes de saúde. De acordo com Maftum et al.,¹⁰ o aperfeiçoamento desta tecnologia estimula uma reflexão nos diferentes setores envolvidos diretamente com as melhorias. Uma das áreas, no campo da saúde, que mais vivencia rotineiramente a tecnologia, consiste na UTI. Este local agrupa recursos de suporte utilizados diariamente para a sustentação da vida, inclusive de forma artificial.

A reflexão atual direciona-se para um questionamento: será que o único objetivo da UTI é utilizar o aparato tecnológico em todo e qualquer paciente, para a manutenção da vida? Repensar a UTI e o seu papel intervencionista envolvem a compreensão de que a UTI é um local ímpar na estrutura hospitalar, que oferece ao intensivista a oportunidade de executar ações planejadas individualmente. Uma dessas ações seriam os CP, principalmente quando não houver a perspectiva de reversibilidade clínica. Este artigo tem como objetivo discutir o cenário da UTI na perspectiva dos idosos portadores de DCNT, compreendendo que a UTI poderá ser uma das alternativas de alocação desses enfermos e considerando que os CP possam ser integrados à rotina de trabalho, essencialmente para auxiliar no conforto aos pacientes.

A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A UTI surgiu com a enfermeira Florence Nightingale ao descrever as vantagens da criação de uma área separada do hospital para pacientes em recuperação de cirurgia durante a guerra da Criméia.¹¹ Nessa época, surgiu a ideia de classificar os doentes de acordo com o grau de dependência, dispendo-os nas enfermarias, de tal maneira que os mais graves ficassem próximos à área de trabalho das enfermeiras, para maior vigilância e melhor atendimento.^{11,12} Os benefícios advindos da assistência a esse tipo de paciente e a escassez de enfermagem após o período da guerra resultaram na disseminação dessa área específica nos hospitais. No Brasil, as referências históricas são escassas. Orlando e Mook¹³ relatam que a inauguração da primeira UTI no Rio de Janeiro, pertencente ao Hospital dos Servidores do Estado, foi em 1967, com o Dr. Tufik.

Segundo Takroui,¹⁴ a UTI é o local em que melhor se constrói o conhecimento da fisiologia humana, sendo

um verdadeiro laboratório no que concerne ao processo de morte. O autor descreve a UTI como uma área especial, cujos esforços da equipe estão concentrados no atendimento aos pacientes que são considerados recuperáveis, mas que necessitam de supervisão e de técnicas especializadas. A melhora na saúde oriunda da passagem do enfermo pela UTI normalmente decorre da utilização de medidas chamadas invasivas.

As práticas da medicina intensiva consistem em aplicar recursos para a manutenção da vida, como fármacos, próteses e dispositivos eletrônicos, através de recursos humanos capacitados especificamente para os cuidados intensivos. O critério para manter um enfermo na UTI é seu estado clínico, quando a severidade exige o acompanhamento contínuo decorrente do risco de morte iminente. Assim, espera-se da equipe rapidez na tomada de decisão, capacidade técnica apurada e experiência na destreza manual suficiente para a execução de procedimentos, muitos destes com grau de “invasão” do corpo, como punção para cateterização venosa ou arterial e intubação orotraqueal.¹⁵ Por estas peculiaridades, é um local que apresenta um número elevado de mortes, o que exige atenção e prestação de serviço eficiente.^{16,17} Além desses, existem outros fatores que podem estar relacionados com mortalidade elevada, como capacitação técnica inadequada e complicações infecciosas. Dentre as patologias de maior gravidade, a sepse possui uma relevância significativa diante de sua prevalência e com elevada mortalidade.¹⁸⁻²¹

Além disso, há os agravos vinculados à permanência temporal na UTI, como a pneumonia associada à ventilação mecânica e o *delirium* (estado confusional agudo), que contribuem diretamente com a mortalidade. A prevalência de *delirium* nestas unidades, de acordo com Mori et al.,²² é imprecisa, variando entre 10 a 80%, e a da pneumonia, conforme Carvalho, gira em torno de 50%.²³ Estas informações sugerem que as indicações de admissão na UTI devam ser analisadas de forma a concluir se haverá maior benefício do que os possíveis danos.

As indicações de internação na UTI, quando clássicas, não geram dúvidas, como choque séptico ou pós-operatório de grande porte, cuja necessidade de vigilância permanente das funções vitais está clara. Garcia²⁴ sugere itens que deverão ser considerados na internação: diagnóstico clínico, gravidade da doença, idade, comorbidades, prognóstico, proposta de tratamento, resposta ao tratamento já instituído, parada cardíaca recente, avaliação da qualidade de vida prévia e desejos do paciente e dos familiares. O autor defende poupar internações desnecessárias, cujo benefício é

discutível, seja por conta da fase avançada de doença, seja pelo baixo risco de complicações.²⁴

Pelo dinamismo da UTI, procedimentos complexos são comuns e executados sob condições rápidas, exigindo tomadas de decisão imediatas. Esse cenário agitado apresenta-se frequentemente no momento da admissão do paciente, quando há poucas informações a respeito das razões do desequilíbrio clínico. É nesse momento que eventos adversos, como imprudência, efeitos colaterais de medicação e imperícia, apresentam maior ocorrência e estão associados inclusive à mortalidade.²⁵ Uma solução colocada em prática para evitar esses eventos, por conta do incentivo e organização da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, é o investimento em treinamento prático para o desenvolvimento e refinamento das habilidades técnicas exigidas na UTI.²⁶

Ao considerar os idosos portadores de DCNT instáveis clinicamente, existem elementos merecedores de ponderação no processo decisório da transferência deste enfermo. É sugerida uma análise dos fatores de riscos, os motivos de internação, as comorbidades presentes e as complicações passíveis de ocorrer com a internação. Diante do deslocamento para a UTI, a capacidade funcional e o grau de independência do idoso são dois fatores relevantes. A patologia de base, as sequelas preexistentes, a intercorrência clínica deflagradora da instabilidade, o tratamento a ser proposto na UTI e os resultados prováveis, o risco de complicações inerentes à UTI, o respeito pelos desejos do paciente e seus familiares e, finalmente, o prognóstico do doente, envolvendo todos os itens acima, são todos elementos imprescindíveis na decisão.

Enfrentando situações díspares, é fundamental que, ao ser determinada a admissão do idoso na UTI, o intensivista vislumbre os possíveis cenários a ser enfrentados e inclua a família em todos os processos decisórios.

A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E OS IDOSOS

De acordo com Hennessy et al.,²⁷ os idosos representam entre 26% e 51% dos pacientes que são admitidos nas UTIs americanas. No Brasil são pouco precisos os dados devido à escassez de publicações. O grande desafio na atualidade é compreender a complexidade do idoso, a relação entre suas doenças crônicas e os fatores desencadeadores da descompensação clínica e o papel que a UTI poderá desempenhar nesses casos.

Zaslavsky e Gus²⁸ afirmam que comorbidades, como depressão, hipertensão arterial, diabetes mellitus,

acidente vascular encefálico, osteopatias e neoplasias, exigem uma maior preocupação do intensivista, pois comprometem a saúde do idoso como um todo, tornando-o mais fragilizado. O debate que se segue discute a indicação de internação e os fatores de risco associados à mortalidade de idosos na UTI.

As causas de internação hospitalar de idosos são diversas, sendo as mais comuns pneumonia, infecção do trato urinário e pico hipertensivo. Kaarlola et al.²⁹ demonstraram que as principais causas de internação a partir dos 60 anos foram as doenças cardiovasculares, seguidas das pulmonares. Silva e Bós³⁰ realizaram um estudo seccional, no hospital São Lucas da PUCRS, em Porto Alegre, RS, com nonagenários, onde registraram acidente vascular cerebral, pneumonia, choque séptico e edema agudo de pulmão como principais indicações de internação. Em 2004, Loyola et al.,⁸ em um estudo utilizando os dados do DATA-SUS, verificaram que no Brasil as principais causas de internação hospitalar em maiores de 60 anos foram insuficiência cardíaca, DPOC, pneumonia, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

Em relação aos fatores de risco para mortalidade, Noortgate et al.,³¹ em uma UTI na Bélgica, avaliaram 104 idosos enfermos acima de 85 anos e concluíram que os principais fatores de risco foram insuficiência respiratória, ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas e complicações durante a estadia, principalmente falência renal aguda. Vosylius et al.³² realizaram um estudo de coorte com enfermos jovens e acima de 60 anos, com objetivo de comparar os fatores de risco para mortalidade entre faixas etárias. Observaram que a média de idade entre os idosos foi de 64 anos e 23% deles tinham mais de 75 anos. Os autores concluíram que a infecção na admissão do paciente, juntamente com a idade e comorbidades, foram fatores significativos para a mortalidade.³² Silva et al.³³ descreveram fatores de risco e preditores para a mortalidade de idosos em uma UTI brasileira. A média de idade foi de 75 anos e a mortalidade correlacionou-se com o agravo de entrada, sendo a sepse a causa mais comum de internação. As variáveis encontradas como fatores de risco independentes associados à mortalidade hospitalar de idosos foram rebaixamento do nível de consciência, infecções, neoplasia, imobilidade e falência cardíaca. Observaram que no ambiente daquela UTI, a idade exerceu uma força importante na taxa de mortalidade, todavia, o grau de disfunção fisiológica resultante da gravidade da doença aguda foi mais influente na determinação do desfecho do paciente. Esse artigo demonstrou também que a desnutrição, o declínio funcional, o déficit cognitivo prévio, a gravidade de doença, o sexo masculino e

o número excessivo de drogas utilizadas foram as principais variáveis associadas à mortalidade após a alta hospitalar. Por fim destacaram que o estado de saúde prévio contribuiu na aquisição de doenças agudas, o que facilitou a presença de intercorrências clínicas, muitas das quais sendo responsáveis pela admissão do idoso na UTI.³³

Esses estudos corroboram a necessidade de se conhecer as condições clínicas prévias do enfermo, para saber quais ferramentas da UTI poderão contribuir para o desfecho favorável, de acordo com os desejos do paciente e sua família. Portanto, a conduta terapêutica a ser empregada nesse local deverá ultrapassar a discussão meramente técnica para avaliar todo o contexto envolvendo o paciente, sua família, seu médico assistente e, acima de tudo, respeitar suas escolhas. Partindo do conhecimento dos motivos mais comuns de internação de idosos na UTI, a análise do quanto as DCNT existentes interferem na capacidade funcional e estado atual clínico do doente são itens que devem ser levados em consideração no processo decisório da internação quando o idoso apresentar um descompasso de sua fisiologia.^{34,35}

No momento em que o idoso, já frágil, apresentar uma intercorrência, esta contribuirá para a deterioração do seu estado geral, pois normalmente esse paciente não apresenta reservas fisiológicas suficientes para enfrentar o novo acontecimento. Por outro lado, a própria doença de base poderá progredir para uma fase terminal, que pode ser confundida com uma intercorrência. Como exemplos podemos as doenças neurodegenerativas em fase avançada, como demência ou sequelas de um acidente vascular isquêmico cerebral e outras doenças crônicas em fase terminal pela história natural da doença, como cardiopatia grave, nefropatia dependente de diálise e DPOC.³⁶⁻³⁹ É importante discernir se o enfermo está morrendo ou se está apresentando um quadro agudo reversível; e, ainda, se o quadro de instabilidade de saúde poderá ser tratado de forma conservadora, sem o conjunto de técnicas que caracterizam a medicina intensiva. Sugere-se, portanto, ao avaliar o idoso descompensado, refletir sobre o que representa a UTI e incluir os preceitos da ética médica no processo de tomada de decisão.⁴⁰

Neste contexto, a opção de direcionar o paciente à UTI poderá depender de fatores como a decisão médica, seja do plantonista que presta o atendimento momentâneo, seja do médico vinculado previamente ao enfermo, em ambos os casos em consonância com os desejos do paciente e/ou de sua família. É importante apontar que o domínio das técnicas da palição poderá servir como auxílio inclusive para a permanência do paciente fora da UTI. Ou seja, o não encaminhamento

para UTI é uma alternativa viável nos dias de hoje, e o paciente continuará a receber o tratamento pertinente ao seu caso, sem o uso de medidas artificiais, tendo sempre em vista seu conforto e satisfação. Em contrapartida, mesmo que seja decidida a internação na UTI, o médico intensivista não deverá ser obrigado a utilizar todo o arsenal disponível em seu meio para recuperar o estado do enfermo. O que se propõe para esta fase de decisão entre acolher este idoso na UTI ou não, é a ponderação das diferentes nuances clínicas presentes na admissão, buscando o entendimento do contexto individual, incluindo a família. Quando o profissional optar por escolher as medidas de conforto, em qualquer local de permanência do paciente, ele estará respeitando também o código de ética médica, compreendendo os desejos da família e a vontade do paciente. De acordo com Severo e Girardon-Perlini,⁴¹ em um estudo sobre a percepção dos pacientes internados em uma UTI brasileira, este respeito é fundamental, uma vez que a UTI é vista como um ambiente desagradável e intimidador. Nesse trabalho, os autores apontam itens considerados pelos enfermos como contribuintes para a manutenção do sofrimento, afora o motivo da admissão⁴¹ (Quadro 1).

Quadro 1. Fatores considerados desagradáveis por pacientes internados em unidades de tratamento intensivo

Ambiente pouco acolhedor
Fomenta ansiedade e insegurança
Compartilhamento do mesmo espaço com outros doentes
Afastamento da família
Exposição do corpo para estranhos
Falta de orientação no tempo e espaço
Falta de comunicação sobre os cuidados aos quais estão sendo submetidos

Fonte: Severo GC e Girardon-Perlin NM.⁴¹

Diante deste cenário, pensar em outras formas de conduta que podem ser oferecidas sem provocar maiores danos do que os que o enfermo já apresenta é o grande desafio na UTI. Resgata-se então o conceito de CP como intervenções a serem utilizadas em paralelo, com intenção de oferecer o alento necessário no momento de instabilidade clínica, pois a finalidade dos CP é minimizar o sofrimento.

OS CUIDADOS PALIATIVOS E A UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

A necessidade de utilizar medidas paliativas na UTI foi vislumbrada a partir de informações sobre

a elevada prevalência de dor e de outros sintomas de sofrimento e angústia nessas unidades, seja para o paciente, seja para a equipe que o assiste. O estudo americano SUPPORT (*Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment*), teve como objetivos identificar, avaliar e elaborar estratégias para melhorar a capacidade de decisão, reduzir a frequência do uso de suporte mecânico, minimizar a dor e evitar o prolongamento do processo do morrer na UTI. Nesse estudo verificou-se que 50% dos pacientes que morreram no hospital haviam apresentado dores de grau moderado a grave nos últimos três dias de vida, e 41% destes haviam pedido anteriormente a seus médicos para “não reanimar” em caso de parada cardiorrespiratória. Contudo, 80% dos médicos não aceitaram as preferências, não suspendendo as manobras de reanimação cardíaca e não orientando a equipe para não executá-las. O estudo concluiu que a equipe de saúde não sabia quando ou como parar as intervenções propostas, que era mantida a presença de dor constante e que havia desrespeito aos desejos expressados pelos pacientes. Em cenários com estes é que os CP poderão auxiliar os profissionais da UTI.⁴²

Segundo Hanks et al.⁴³, os CP possuem quatro conceitos cardinais: o cuidado, a compaixão, a empatia e a justiça. Estas particularidades estão interligadas e estimulam a sensibilidade, o respeito, a generosidade e até mesmo o sacrifício. Esta forma específica de cuidado é destinada especificamente a três momentos: 1) período logo após o diagnóstico da doença cujo tratamento curativo ainda é possível e os efeitos colaterais e sequelas advindas de intervenções (como, por exemplo, quimioterapia e radioterapia) poderão ser, ao menos, minimizados; 2) período caracterizado como fora de possibilidades terapêuticas, quando as propostas de cura não oferecerão nenhum benefício no que refere à sobrevida do paciente ou em termos de qualidade de vida, e as intervenções passam a ser direcionadas ao conforto integral do paciente. O objetivo nesta fase, com os CP, é aliviar sintomas físicos, amenizar o sofrimento psíquico e desenvolver uma atitude de enfrentamento através da celebração em vida de todo seu histórico; 3) presença de uma DCNT em fase progressiva, como esclerose múltipla, DPOC, insuficiência cardíaca e demência, em que os CP estarão desempenhando um papel equivalente ao descrito anteriormente. Nos últimos dois casos, os CP nortearão todo o cuidado, seguindo o enfermo até os últimos momentos de vida para que o desenlace aconteça em uma esfera de paz, harmonia e plenitude. Os CP afirmam a vida e não aceleram nem retardam a morte.⁴⁴ Segundo Burlá e Py,⁴⁵ o paliativismo pode

ser considerado como uma filosofia do cuidado que expressa a morte como parte integrante da vida.

Pode-se destacar que para a implantação dos CP na UTI há barreiras, como a escassez de políticas incentivadoras e a própria educação dos profissionais da área de saúde, a medicalização, a segmentação do corpo e o não entendimento do ser humano e seus meandros em sua integralidade. Nelson et al.,⁴⁶ em um estudo realizado com médicos e enfermeiros com cargos de chefia em UTIs norte-americanas, identificaram outras barreiras, sendo estas agrupadas em três categorias: 1) relacionadas ao paciente/família; 2) relacionadas às estruturas institucionais da UTI; 3) envolvendo dificuldades relacionadas à equipe, como falta de tempo dos médicos e insuficiente treinamento em comunicação.⁴⁶ Pessini⁴⁷ afirma que a cultura do “imperativo tecnológico” nas UTI está presente nos dias atuais da mesma forma que a escassez de treinamento técnico específico para o paliativismo, e ambos são desafios para a presença dos CP nas UTI. A dificuldade em se pensar no “morrer” e a facilidade em se procurar a cura das doenças favorecem o aumento da utilização dos recursos tecnológicos mantenedores da vida com a redução do emprego das medidas de conforto.

Curtis et al.⁴⁸ realizaram um estudo de intervenção propondo as intervenções paliativas como uma medida de qualidade no atendimento dos pacientes na UTI e estudando a percepção familiar perante essas medidas. A conclusão foi que o contato com a família é de fundamental importância para que esta qualidade seja alcançada, pois não apenas tende a favorecer a relação entre os profissionais e a família, como também contribui para a redução do grau de estresse. O estudo demonstrou que decisões médicas tomadas após discussão com a família, como não iniciar alguma terapêutica e suspender intervenções quando as mesmas não oferecem benefício, foram relacionadas com redução da duração de permanência na UTI, não agravamento do estado clínico do paciente e satisfação familiar pelo atendimento dispensado. É preciso compreender que nem sempre a família deseja a morte nos hospitais, muito menos na UTI. Entretanto, é o local onde ocorre o maior número de mortes. Diante de constatações como o número elevado na mortalidade e a insatisfação de enfermos e familiares, modificações na filosofia da UTI estão ocorrendo, e uma delas está inserida em um processo denominado humanização.

De acordo com Souza,⁴⁹ humanizar a UTI significa cuidar do paciente integralmente, incluindo seus parentes e a rede social. Esse processo envolve os valores, a cultura e as preocupações ao redor do paciente. O ato de humanizar é considerado uma arte, é individualizar a assistência frente às necessidades

do paciente. Essa transformação não se dá apenas na estrutura física da UTI, como também na preocupação em amenizar ruídos, permitir acesso à luz natural e facilitar a permanência da família por mais tempo com o enfermo. Os seguintes itens são fundamentais no processo de humanização da UTI: melhorar o ambiente em relação à temperatura; controlar sinais e sintomas para prover o conforto; orientar o paciente e sua família através da comunicação clara; manter a privacidade; estimular a autonomia; e apoiar emocionalmente todas as pessoas envolvidas com o cuidado, seja a equipe de saúde, o enfermo ou sua família.⁵⁰

Interessante é que nesse processo de humanização podem ser percebidos indícios da filosofia dos CP, ao individualizar todo o cenário relacionado à UTI. Um fator que pode corroborar com esta integração é a proposta terapêutica no que tange aos limites da dor e de sintomas como insônia, fome, sede, constipação, dispnéia, depressão e ansiedade, pois esses objetivos são comuns aos intensivistas e paliativistas. Uma forma de aproximação é a presença de uma equipe de CP, na forma de pareceristas, intermediando a relação, por vezes conflituosa, entre intensivistas e familiares.⁵¹

Bakitas et al.⁵² realizaram um ensaio clínico aplicando medidas de CP em pacientes em fase avançada de neoplasia em uma UTI norte-americana. Esse trabalho fez parte de um projeto cuja finalidade foi demonstrar que as ações paliativas podem melhorar a qualidade de vida de enfermos que padecem de patologias incuráveis e amenizar o seu final de vida quando na UTI. Os autores perceberam que a melhora podia ser atribuída à intervenção psicossocial e emocional, contribuindo com o bem-estar e bom humor dos pacientes.⁵² O bom humor, aliás, é determinante para a qualidade de vida do ser humano. Por isso, é de fundamental importância que os profissionais da UTI agreguem, em sua *expertise*, as ferramentas que os CP propõem e se aproximem do paciente e de sua família.

A atenção aos aspectos globais e ao contexto familiar dos pacientes é de suma importância. É por isso que a troca de experiências, a divisão de tarefas no intuito de somar os conhecimentos e a consideração dos limites de cada área de atuação profissional fazem-se necessárias. Ao final, surge a uniformidade do plano de ação, cujo objetivo é fomentar a tranquilidade nesse período turbulento. Contudo, ainda existem dúvidas sobre o uso da palição na UTI, pois pode parecer, em uma análise superficial, que haja um conflito nos objetivos das ações propostas.

Segundo Cohen e Predergast,⁵³ discutir sobre CP na UTI seria um contrassenso conceitual, visto que a UTI afirma a vida e os CP são ações dirigidas aos

pacientes terminais cuja sobrevida é curta. No Brasil, a concepção socialmente e culturalmente mais forte é de que todos os recursos mantenedores da vida deverão ser sempre empregados. O que se supõe no elo entre CP e UTI é a conquista, através da comunicação, de uma relação de confiança e conforto entre equipe e enfermo, para que possam ser ofertadas as medidas necessárias ao paciente. Dificuldades na compreensão do que realmente os CP se propõem a fazer podem induzir a um tipo equivocadamente de percepção.

Loncan et al.,⁵⁴ em uma revisão, mostram que a relação entre CP e UTI é a conexão entre a importância da tomada de decisões pela equipe médica e a fragilidade do paciente e de sua família. Por isso, comumente a equipe depara-se com dilemas, muitas vezes representados por conflito entre autonomia e paternalismo. O cuidado em honrar a solicitação de “não reanimar” e ofertar todas as intervenções cabíveis que levem ao alívio do sofrimento, este agora em caráter global, não devem ser economizadas. O cumprimento deste acordo, de não utilizar drogas ou subterfúgios de manutenção da vida artificialmente, não invalida a necessidade de ofertar ao enfermo/sofredor todas as intervenções que tragam alívio.

CONCLUSÕES

É importante ampliar a conscientização, por parte dos profissionais de saúde, essencialmente os intensivistas, da existência dos CP e de como estes podem ser utilizados em suas rotinas assistenciais. Além disso, a necessidade de maior envolvimento da equipe no debate sobre “o morrer” e o reconhecimento de que a proposta terapêutica da UTI poderá ser infrutífera, são os fatores que devem ser contextualizados nos diferentes cenários enfrentados perante um idoso gravemente enfermo. É importante clarificar a ideia de que o amparo dado através da palição significa redirecionar as medidas terapêuticas para aliviar o desconforto de qualquer natureza e, assim, contribuir para que o paciente não se sinta “esquecido” durante esse momento singular. O que se propõe é a transição dos cuidados intensivos terapêuticos para os intensivos fomentadores de alívio dos sintomas desagradáveis até sua morte.

É preciso reforçar aos profissionais da saúde que os CP não competem nem são incompatíveis com a UTI. Ao contrário, sua relevância se dá na maneira com que as ações paliativas poderão auxiliar no plano de cuidado. A proposta de executar as ferramentas da palição, sob forma protocolar, semelhante às estabelecidas listas de verificação (*checklists*), vem ao encontro da humanização já desenvolvida pelos intensivistas.

Há uma clara percepção de linhas confluentes entre as medidas paliativas e as intervenções executadas na UTI.

AGRADECIMENTO

Ao Dr. Haroldo Falcão, intensivista, pela leitura crítica e sugestões.

REFERÊNCIAS

1. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública*. 1987;21:200-10.
2. Marchi Netto FL. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Pensar Prát*. 2004;7:75-84. [acesso 2010 dez 22]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fe/article/viewFile/67/66>
3. GetPalliativeCare.org [Internet]. What's palliative care. New York: Center to Advance Palliative Care; c2010. [acesso 2009 nov 29]. Disponível em: www.getpalliativecare.org/whatis
4. Medicine.Net.com [Internet]. Palliative care definition. Atlanta: MedicineNet; c1996-2010. [acesso 2009 nov 28]. Disponível em: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=11867#>
5. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43:548-54.
6. Nasri F. O envelhecimento populacional do Brasil. *Einstein*. 2008;6 (Supl 1):s4-s6.
7. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9:833-40. [acesso 2010 dez 22]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n4/a02v9n4.pdf>
8. Loyola-Filho AI, Matos DL, Giatti L, et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;13:229-38.
9. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19:733-81.
10. Maftum MA, Mazza VMA, Correia MM. A biotecnologia e os impactos bioéticos na saúde. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2004 [acesso 2010 mar 16];6(1):116-22. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/792/895>
11. Simmons JG, Nightingale F. A enfermagem moderna. In: Simmons JG. *Médicos & descobridores: vidas que criaram a medicina de hoje*. Rio de Janeiro: Record; 2004. p.123-8.
12. Malta MA, Nishide VM. Enfermagem em unidade de terapia Intensiva: retrospectiva histórica. [acesso 2010 maio 22]. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/uti-retrosp.htm>
13. Orlando JM, Moock M. História do início da terapia intensiva no Brasil e a trajetória da AMIB. In: David CM. *Medicina Intensiva*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p. 1-7.
14. Takrouri MSM. Intensive care unit. *Internet J Health*. 2004;3(2):[11 p.]. [acesso 2009 out 22]. Disponível em: www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijh/vol3n2/icu.xml

15. Needham DM, Sinopoli DJ, Thompson DA, et al. A system factors analysis of “line, tube, and drain” incidents in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2005;33:1701-7.
16. Moritz RD. A morte e o morrer nas unidades de terapia intensiva. In: David CM. *Medicina intensiva*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p.68-76.
17. Angus DC, Barnato AE. Use of intensive care at the end of live in the United States: an epidemiologic study. *Crit Care Med*. 2004;32:638-43.
18. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, et al. The Critical Care Safety Study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med*. 2005;33:1694-700.
19. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, et al. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med*. 2001; 29:1303-10.
20. Alberti C, Brun-Buisson C, Burchardi H, et al. Epidemiology of sepsis and infection in ICU patients from an international multicentre cohort study. *Intensive Care Med*, 2002;28: 108-21.
21. Sales JJAL, David CM, Hatum RM, et al. Sepsis Brasil: estudo epidemiológico da sepsis em unidades de terapia intensiva brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18: 9-17.
22. Mori S, Iuriko KK, Silva DV, Zanei SSVbWhitaker IY. Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21:58-64.
23. Carvalho CRR. Pneumonia associada à ventilação mecânica [editorial]. *J Bras Pneumol*. 2006;32:xx-xxii.
24. Garcia RA. Critérios de internação e de alta na UTI. In: David CM. *Medicina intensiva*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p. 109-14.
25. Canineu R, Guimarães HP, Lopes RD, et al. Iatrogenia em medicina intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18:95-8.
26. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Educação continuada [Internet]. São Paulo: AMIB; 2009. [acesso 2010 junho 14]. Disponível em: <http://www.amib.org.br/>
27. Hennessy D, Juzwishin K, Yergens D, et al. Outcomes of elderly survivors of intensive care : a review of the literature. *Chest*. 2005;127:1764-74.
28. Zaslavsky C, Gus I. Idoso, doença cardíaca e comorbidades. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79:635-9.
29. Kaarlola A, Tallgren M, Pettilä V. Long-term survival, quality of life, and quality-adjusted life-years among critically ill elderly patients. *Crit Care Med*. 2006;34:2120-6.
30. Silva JAV, Bós AJG. Causas de internação e comorbidades em nonagenários admitidos na UTI. In: IV Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação. Porto Alegre: PUCRS; 2009. p. 881-2. [acesso 2010 des 22]. Disponível em: http://www.pucrs.br/edipucrs/IVmostra/IV_MOSTRA_PDF/Gerontologia_Biomedica/71984-JOAO_AUGUSTO_DE_VASCONCELOS_DA_SILVA.pdf
31. Noortgate NID, Vogerlaers D, Afschrift M, et al. Intensive care for very elderly patients: outcomes and risk factors for in-hospital mortality. *Age Ageing*. 1999;28:253-6.
32. Vosylius V, Sipylaite J, Ivaskевичius J. Determinants of outcome in elderly patients admitted to the intensive care unit. *Age Ageing*. 2005;34:157-62.
33. Silva TJA, Jerussalmy CS, Farfel JM, et al. Predictors of in-hospital mortality among older patients. *Clinics*. 2009;64:613-8.
34. Stein FC, Barros KR, Feitosa FS, et al. Fatores prognósticos em pacientes idosos admitidos em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21:255-61.
35. Giacomim K. Avaliação funcional: o que é função, como avaliar função e como lidar com as perdas. In: Saldanha AL, Caldas CP. *Saúde do idoso*. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p.132-43.
36. Hughes JC, Jolley D, Jordan A, et al. Palliative care in dementia: issues and evidence. *Adv Psychiatr Treat*. 2007;13:251-60.
37. Morrow A. Palliative care for stroke. [updated 2008 Oct 30]. About.com: Palliative care [2 p.]. [acesso 2009 nov 1]. Disponível em: <http://dying.about.com/od/neurological/a/stroke.htm?p=1>
38. Terzi CB, Lage SG, Dragosavac D, et al. Insuficiência cardíaca grave em unidade de terapia Intensiva: existe um índice prognóstico ideal? *Arq Bras Cardiol*. 2006;87: 344-51.
39. Seamark DA, Seamark SJ, Halpin DMJ. Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease: a review for clinicians. *J R Soc Med*. 2007;100:225-33.
40. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. Resolução CFM, n.1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: CFM; 2010. [100 p.]. [acesso 2010 jun 1]. Disponível em: www.cfm.org.br
41. Severo GC, Girardon-Perlin NM. Estar internado em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Sci Med (Porto Alegre)*. 2005;15:21-9.
42. Connors AFJ, Dawson NV, Desbiens NA, et al. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment. *JAMA*. 1995;274:1591-8.
43. Hanks G, Cherny NI, Portenoy RK, et al. Introduction to the fourth edition: facing the challenges of continuity and change. In: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA. *Oxford textbook of palliative medicine*. 4ª.ed. New York: Oxford University Press; 2010. p. 1-5.
44. Burlá C. Palição: cuidados ao fim da vida. In: Freitas EV, Py L, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1079-88.
45. Burlá C, Py L. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. In: Pessini L, Bertachini L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2004. p. 125-32.
46. Nelson JE, Angus DC, Weissfeld LA, et al. Critical Care Peer Workgroup of the Promoting Excellence in End-of-Life Care Project. End-of-life care for the critically ill: a national intensive care unit survey. *Crit Care Med*. 2006;34: 2547-53.
47. Pessini L. A medicina intensiva e os critérios ético-teológicos para orientar a intervenção terapêutica. In: Distanásia, até quando prolongar a vida? 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2007. p. 263-84.
48. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, et al. Integrating palliative and critical care, evaluation of a quality-improvement intervention. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;178: 269-75.
49. Souza RP. Humanização da UTI. In: David CM. *Medicina intensiva*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p. 41-51.
50. Wallau RA, Guimarães HP, Falcão LFR, et al. Qualidade e humanização do atendimento em medicina intensiva: qual a visão dos familiares? *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18: 45-51.

51. Campbell, ML. Palliative care consultation in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2006;34: (11 Suppl): s355-8.
52. Bakitas M, Lyons CD, Hegel MT, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA.* 2009;302:741-9.
53. Cohen SL, Predergast TJ. Palliative medicine in intensive care. In: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA. *Oxford textbook of palliative medicine.* 4th ed. New York: Oxford University Press; 2010. p. 1291-5.
54. Loncán P, Gisbert A, Fernández C, et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar.* 2007;30 (supl 3):113-28.