

# A ABORDAGEM MÉDICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES ADULTOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Mariana Nóbrega Sobral <sup>1</sup>  
Camila Lopes Carvalho <sup>2</sup>  
Nathalia Siqueira Vieira <sup>3</sup>  
Rachel Cavalcanti Fonseca <sup>4</sup>

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar para suporte vital contínuo de alta complexidade, através de tecnologia avançada e recursos humanos especializados, cujos pacientes apresentam-se com instabilidade ou possível instabilidade com risco de morte (CFM, 2020). Seu perfil clínico é formado sobretudo por pacientes do sexo masculino, idosos e vítimas de doenças cardiovasculares (AGUIAR *et al.*, 2021). Ademais, a internação em UTIs é uma responsabilidade médica guiada por critérios para a condução clínica adequada (CFM, 2020).

Diante de pacientes sem chance de tratamento transformador da doença, em 2002, a Organização Mundial de Saúde definiu o conceito de Cuidado Paliativo (CP), pautado em princípios de prevenção e alívio do sofrimento. A palição busca compreender o indivíduo em sua totalidade física, social, psíquica e espiritual, dando qualidade de vida, autonomia e redução do sofrimento de pacientes e familiares, tornando-se, assim, o foco do cuidado (BRASIL, 2020).

Destacando-se essencialmente da medicina curativa por focar na pessoa e na vida que ainda pode ser vivida, a abordagem em CP é tida como uma forma inovadora de assistência à saúde (GOMES; OTHERO, 2016). Assim sendo, é importante destacar o papel de uma equipe multidisciplinar qualificada na abordagem em CP para a ampla compreensão do processo de adoecimento, seja no diagnóstico, adoecimento, finitude até o luto. Médico, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, capelão, fonoaudiólogo, dentista e terapeuta ocupacional poderão formar a equipe (CARDOSO *et al.*, 2013).

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Ciência Médicas da Paraíba Afya - FCMPB Afya, mariananobrega-@hotmail.com;

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Ciência Médicas da Paraíba Afya - FCMPB Afya, camila\_lopess@hotmail.com;

<sup>3</sup> Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Ciência Médicas da Paraíba Afya - FCMPB Afya, nathaliavieirape@gmail.com;

<sup>4</sup> Mestre e docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciência Médicas da Paraíba Afya - FCMPB Afya, rachel.fonseca@cienciasmedicas.com.br.

É nesse cenário que a qualidade da abordagem médica nos CP é determinante, visto que o médico se torna um facilitador para a equipe, devendo aliviar o sofrimento de pacientes e familiares na busca pela humanização do processo de morte. Cabe a ele o planejamento das tarefas, o fortalecimento da confiança e do vínculo para a elaboração de planos terapêuticos em conjunto e o esclarecimento claro dos diagnósticos e prognósticos (CRUZ *et al.*, 2021).

Contudo, apesar dos avanços, a prática paliativista ainda encontra desafios para a sua operacionalização, como a falta de capacitação profissional e padronização de protocolos, assim como a correta compreensão de um cuidado complementar aos cuidados intensivos (SILVA *et al.*, 2022). Em se tratando de idosos, a fragilidade pré-hospitalar dos mesmos quando gravemente enfermos pode ser um gatilho para CP durante a doença crítica (HOPE *et al.*, 2021). Posto isso, a presente pesquisa objetiva discutir a abordagem médica utilizada nos CP a fim de melhorar a qualidade de vida de pacientes em terapia intensiva, ambiente em que os cuidados com a dignidade humana e a escuta qualificada assumem o protagonismo do cuidado.

## **METODOLOGIA**

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, permitindo uma avaliação crítica e a síntese das informações adquiridas. A pergunta norteadora da pesquisa foi: A abordagem médica pode contribuir nos cuidados de pacientes em CP? O levantamento dos dados foi realizado em junho de 2023 na BVS. Para isso, os seguintes descritores em saúde e suas combinações foram utilizados com o operador booleano AND, assim: [Cuidados paliativos] AND [Unidade de terapia intensiva] AND [Cuidados médicos]. Os critérios de inclusão definidos para seleção dos artigos foram: publicações sob o formato de artigos originais, entre os anos de 2018 e 2022, nos idiomas português e inglês. Enfim, foram excluídos os artigos que apresentaram duplicidade e fuga do tema e artigos indisponíveis para download.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

Entendendo a UTI como o nível mais avançado no cuidado hospitalar, faz-se necessário ações de prevenção do surgimento ou evolução de um estado deletério à homeostasia corporal de forma ágil, habilidosa e constante. É papel da UTI proporcionar a recuperação de estados críticos, o prolongamento da vida de forma digna e o conforto de pacientes em estado terminal (ORLANDO, 2001). O médico de UTI deve possuir competência técnica para realizar condutas adequadas baseadas em evidências científicas, ser empático e habilidoso na comunicação, na

liderança e no gerenciamento dos recursos, pautado na ética, integralidade da assistência e compromisso com a cidadania (BRASIL, 2018).

Devido às melhores condições de saúde nos últimos anos, é crescente o envelhecimento populacional mundial e o número de pacientes que convivem com doenças crônicas, graves, progressivas e/ou ameaçadoras da vida, aumentando a demanda por CP, muitas vezes exigindo internações hospitalares constantes e interferindo na qualidade de vida. Estima-se que a cada ano mais de 56,8 milhões de pessoas, incluindo 25,7 milhões no último ano de vida, necessitem de CP (BRASIL, 2020). Mesmo crescendo significativamente na terminalidade da vida, a abordagem em CP pode ocorrer a qualquer momento, diante de uma doença aguda ou crônica, com ou sem possibilidade de tratamento modificador, em todas as idades e simultaneamente aos cuidados curativos. Assim, como parte dos cuidados continuados e integrados do Sistema Único de Saúde, os CP são ofertados em todos os níveis e redes de assistência à saúde (atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, de urgência e emergência) (BRASIL, 2020).

Os CP baseiam-se em princípios orientados em promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte um processo natural; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver o mais ativo possível até à morte; oferecer apoio aos familiares durante a doença do paciente e o luto; garantir uma abordagem multiprofissional das necessidades dos pacientes e familiares, com acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; e iniciar o mais cedo possível, junto às outras medidas terapêuticas (BRASIL, 2018).

Logo, é essencial o suporte de uma equipe multiprofissional qualificada para prevenção, identificação precoce e controle de sintomas indesejáveis de forma integral. Assim, o médico deve reforçar o trabalho em equipe, uma vez que as demandas do paciente envolvem sua saúde física, psíquica, social e espiritual, e ser empático na transmissão das informações, pois é normal o contato com a doença vir revestido de aflição. Deve-se observar o entendimento e interesse do paciente acerca da patologia, dar-lhe espaço para a expressão das emoções, explorar os desejos e angústias e, por fim, propor um plano terapêutico em conjunto, em que a autonomia e dignidade do paciente está no centro do planejamento dos cuidados (CAMPOS *et al.*, 2019).

Sob uma visão humanista, o profissional médico deve utilizar técnicas legítimas para a manutenção da vida na presença de chances reais de recuperação, sem antecipar ou postergá-la, evitar procedimentos diagnósticos e terapêuticos inúteis, e proporcionar uma abordagem paliativa subsidiada na compreensão da morte como um processo natural da vida (WHO, 2014).

Contudo, esse ainda é um assunto negligenciado em muitos países, o que demanda uma ação tanto social quanto política, pois o principal objetivo em CP é promover o bem-estar do paciente e, aos familiares, ser um fator protetor para o luto complicado, além de poder reduzir a utilização do sistema de saúde (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após pesquisa dos artigos na BVS, encontrou-se um total de 54 artigos, sendo 41 selecionados para dar seguimento a leitura do título e resumo após aplicado os critérios estabelecidos na metodologia. Assim, restaram 15 artigos após verificar os que não respondem à questão norteadora e os indisponíveis para download. Os artigos foram analisados criteriosamente e 4 foram selecionados para compor a amostra final dessa revisão integrativa. A fim de melhorar a compreensão e discussão da temática deste estudo, optou-se por categorizar os resultados em 3 esferas: (I) Cuidados ofertados a pacientes críticos no contexto de UTIs, (II) O uso de instrumentos para indicação de CP em idosos e (III) A comunicação na palição.

### I. Cuidados ofertados a pacientes críticos no contexto de UTIs

Mercadante, Gregoretti e Cortegiani (2018) abordam que a partir do momento em que as terapias de suporte de vida são incapazes de atingir os objetivos do paciente ou, contraditoriamente, tornam-se mais penosas que benéficas, a sua suspensão é comum nas decisões médicas em UTIs. Contudo, esse processo tende a ser complexo e emocionalmente desgastante, por vezes esses pacientes terminais carecem de capacidade de decisão e diretivas antecipadas de vontade poderiam orientar essa tomada de decisão.

Nesse contexto, torna-se essencial a abordagem médica nos CP de pacientes críticos no contexto de UTIs a fim de proporcionar dignidade e qualidade de vida. Conforme abordado por Hope *et al.* (2021), a fragilidade pré-hospitalar de pacientes idosos pode ser um gatilho para CP durante a doença crítica. Todavia, o estudo fala da necessidade de desenvolver estratégias para aumentar os serviços de CP em idosos durante as enfermidades críticas. Segundo a amostra de idosos da terapia intensiva utilizada no estudo, a fragilidade foi vista em 50% deles, enquanto os gatilhos baseados em evidências para os CP estavam presentes em 35% da população estudada. Esse fato evidencia a necessidade de CP em pacientes idosos gravemente doentes.

### II. O uso de instrumentos para indicação de CP em idosos

Ainda acerca dos cuidados em idosos, Clara *et al.* (2019) avaliam a utilização da escala *Palliative Care Screaming Tool* (PCST) para indicação de CP, através dos seguintes critérios: doença de base, doenças associadas e condição funcional e pessoal do paciente. A escala analisa de forma abrangente os indivíduos, possibilitando uma melhor identificação de pacientes que se beneficiariam com os CP e auxiliando na conduta médica para a indicação desse tipo de cuidado. O estudo ainda faz um comparativo com a escala *Palliative Performance Scale* (PPS), identificando-se falhas no que tange à ocupação de leitos importantes de UTI, que poderiam estar desocupados caso houvesse a indicação de tratamento em enfermarias ou em domicílio, dando mais destaque para a completude da PCST. Ademais, Hope *et al.* (2021) ainda atentam para a fragilidade do estudo em relação à correta utilização do CP especializado, sugerindo mais estudos acerca do tema, pois ainda há uma interpretação errônea por parte dos médicos por acreditar os CP importantes apenas próximos ao fim da vida.

### III. A comunicação na palição

No contexto difícil de uma UTI, Amen (2021) enfatiza que a comunicação se torna um fator bem relevante, cabendo o planejamento antecipado de cuidado (PAC). O autor relata que após a implementação da educação e orientação formal do PAC, o qual trata-se de uma estratégia organizacional, as medidas de CP nas UTIs, comumente usadas como referência para a qualidade do atendimento em paciente de UTI, melhoraram durante o período de intervenção em comparação com o ano anterior, trazendo mais qualidade de vida para os pacientes internos.

Mercadante, Gregoretti e Cortegiani (2018) ainda sugerem que a avaliação em CP deve ser iniciada precocemente para permitir intervenções focadas em antecipar ou minimizar o sofrimento desnecessário. Os cuidados no final da vida não devem incluir apenas o controle da dor e dos sintomas, mas também o apoio à dignidade e o respeito à morte, questões que exigem experiência médica em CP. Vale ressaltar que o paliativismo se baseia no controle de sintomas de sofrimento do paciente (desde o físico, psicológico ou espiritual) e na capacidade de comunicar e compartilhar as decisões, ao passo que reduzem a carga para cuidadores/familiares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo foi possível observar algumas barreiras para a implementação de CP, como a percepção errônea de cuidados intensivos e paliativos como processos sequenciais, em vez de abordagens complementares e simultâneas, aparentando ter interesses divergentes. Percebeu-se também a necessidade de ampliação acerca o tema, então sugerimos que pesquisas

futuras se concentrem em situações em que seja possível comprovar os benefícios de CP dentro das UTIs, fundamental em proporcionar qualidade de vida para os pacientes e seus familiares.

O tema abordado é valioso e deveria ser discutido desde a formação médica de forma obrigatória e não como disciplina eletiva, visto que alguns profissionais ainda têm dificuldade em usar a estratégia de CP em seus pacientes, por falta de conhecimento da temática. Concomitante a este exposto, a educação permanente em CP dos profissionais já na assistência da atenção à saúde pode proporcionar aos pacientes sob cuidados intensivos complexos uma melhor abordagem e discussão na construção de planos de cuidado de forma multidisciplinar. Estudos futuros podem dar mais força para esse eixo da medicina em casos de doenças críticas.

**Palavras-chave:** Médico; Palição; Terapia Intensiva.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. M. M. *et al.* Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 33, n. 4, 2021.

AMEN, S. S. *et al.* Communication and Palliation in Trauma Critical Care: Impact of Trainee Education and Mentorship. **Journal of Surgical Research**, 2021.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria SES-DF nº 418, de 04 de maio de 2018. **Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI. Protocolo de Atenção à Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 94, de 17 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês, 2020.

CAMPOS, V. F. *et al.* Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Revista Bioética**, v. 27, n.4, 2019.

CARDOSO, D. H. *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2013.

CLARA, M. G. S. *et al.* Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Definições de unidade de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de abril de 2020.

CRUZ, N. A. O. da *et al.* O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.1, 2021.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, n. 88, 2016.

HOPE, A. A. *et al.* Prehospital Frailty and Screening Criteria for Palliative Care Services in Critically Ill Older Adults: An Observational Cohort Study. **Journal of Palliative Medicine**, v. 24, n. 2, 2021.

MERCADANTE, S.; GREGORETTI, C.; CORTEGIANI, A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. **BMC Anesthesiology**, v. 18, n. 106, 2018.

ORLANDO, J. M. C. **UTI Muito Além da Técnica: a humanização e a arte do intensivismo**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **O que entender por cuidados paliativos?** 2ª ed., São Paulo: Paulus, 2006.

SILVA, T. S. *et al.* Desafios da equipe multiprofissional em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014.