



AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA

MARIANA NÓBREGA SOBRAL
CAMILA LOPES CARVALHO
NATHALIA SIQUEIRA VIEIRA

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

Cabedelo – PB
2024

MARIANA NÓBREGA SOBRAL
CAMILA LOPES CARVALHO
NATHALIA SIQUEIRA VIEIRA

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Afyfa Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
como requisito parcial para a obtenção do grau de
Bacharel em Medicina.
Orientadora: Rachel Cavalcanti Fonseca

Cabedelo – PB
2024

Biblioteca Afya Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – Afya Paraíba

S729 Sobral, Mariana Nóbrega.
A abordagem médica nos cuidados paliativos de pacientes adultos em unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa / Mariana Nóbrega Sobral; Camila Lopes Carvalho; Nathalia Siqueira Vieira. – Cabedelo, 2024.
10 f.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina) – Afya Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, 2024.
Orientadora: Ma. Raquel Cavalcanti Fonseca.

1. Cuidados médicos. 2. Cuidados paliativos. 3.UTI. I. Carvalho, Camila Lopes. II. Vieira, Nathalia Siqueira. III. Fonseca, Raquel Cavalcanti (orientadora). IV. Título.

CDU: 616

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

Medical Approach in Palliative Care for Adult Patients in Intensive Care Units: An Integrative Review

Mariana Nóbrega Sobral¹; Camila Lopes Carvalho¹; Nathalia Siqueira Vieira¹; Rachel Cavalcanti Fonseca²

RESUMO

Objetivo: Discutir a abordagem médica utilizada nos Cuidados Paliativos (CP) a fim de melhorar a qualidade de vida de pacientes em terapia intensiva. **Métodos:** O presente estudo se trata de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa. Para isso, foi realizado um levantamento na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes termos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Cuidados Paliativos”, “Unidade de terapia intensiva” e “Cuidados médicos”, e suas combinações com o operador booleano AND, da seguinte forma: [Cuidados Paliativos] AND [Unidade de terapia intensiva] AND [Cuidados médicos]. Os critérios de inclusão definidos para seleção dos artigos foram: publicações disponíveis na íntegra de forma gratuita sob o formato de artigos originais, publicados entre 2019 e 2023, nos idiomas português e inglês. Após a pesquisa foram excluídos os artigos que apresentaram duplicidade e fuga do tema, ou seja, artigos que não responderam à questão norteadora. Não foi necessário a aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** 46 artigos foram encontrados. Após leitura criteriosa, foram excluídos os artigos que não correspondiam ao tema e os indisponíveis para download, 11 artigos ficaram de amostra final para este trabalho. Observando algumas barreiras para a implementação de CP, utilizando abordagens complementares e simultâneas. Percebeu-se a necessidade de ampliação acerca o tema sugerindo que pesquisas futuras devam se concentrar em situações em que seja possível comprovar os benefícios dos CP dentro das UTIs. **Conclusão:** Apesar de pouca literatura sobre os benefícios de CP na UTI, sugere-se que promoção de políticas que valorizem essa abordagem holística ao cuidado, visto que o conforto e a dignidade dos pacientes são prioridades fundamentais desde o diagnóstico de uma doença que ameaça a vida até o fim da vida.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, UTI, Cuidados Médicos.

ABSTRACT

Objective: To discuss the medical approach used in Palliative Care in order to improve the quality of life of patients in intensive care. **Methods:** This study is an integrative literature review. A survey was conducted in the Virtual Health Library (VHL) database using the following terms in Health Sciences Descriptors (DeCS): "Palliative Care," "Intensive Care Unit," and "Medical Care," combined with the Boolean operator AND as follows: [Palliative Care] AND [Intensive Care Unit] AND [Medical Care]. The inclusion criteria for selecting articles were: full-text publications available for free as original articles, published between 2019 and 2023, in Portuguese and English. After the search, articles that were duplicates or off-topic, meaning those that did not address the guiding question, were excluded. Approval by the Research Ethics Committee was not required.

¹ Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Ciência Médicas da Paraíba Afya - FCMPB Afya;

² Mestre e docente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciência Médicas da Paraíba Afya - FCMPB Afya.

Results: A total of 46 articles were found. After a thorough reading, excluding articles that did not correspond to the topic and those unavailable for download, 11 articles remained as the final sample for this study. Observing some barriers to the implementation of Palliative Care, using complementary and simultaneous approaches. There was a need to broaden the theme, suggesting that future research should focus on situations in which it is possible to prove the benefits of PC within ICUs. **Conclusion:** Despite the lack of literature on the benefits of PC in the ICU, it is suggested that policies that value this holistic approach to care should be promoted, since the comfort and dignity of patients are fundamental priorities from the diagnosis of a life-threatening disease to the end of life.

Key words: Palliative Care, ICU, Medical Care.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar que oferece suporte vital de alta complexidade para pacientes que apresentam instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital. É um ambiente destinado ao atendimento de pacientes críticos que requerem recursos humanos especializados e tecnologia avançada para o diagnóstico, monitorização e terapia, cuja finalidade é reverter os quadros clínicos graves e propiciar o restabelecimento da condição de saúde. A abordagem a ser realizada nesse ambiente baseia-se na assistência prestada, de forma constante, por uma equipe de saúde multiprofissional especializada no cuidado de pacientes e familiares e na monitorização do ambiente (CFM, 2020).

As UTIs são classificadas conforme o tipo de paciente assistido, o nível de atenção e o grau de complexidade de recursos humanos e tecnológicos oferecidos. O perfil clínico e epidemiológico das UTIs adulto no Brasil prevalece pacientes do sexo masculino e idosos, cuja principal causa de internação são as doenças cardiovasculares, seguidas de doenças neurológicas, respiratórias e infecciosas, síndrome da disfunção múltipla de órgãos e sepse (Aguiar et al., 2021).

A internação de pacientes em UTIs é uma responsabilidade médica e deve obedecer a critérios para a identificação do nível de gravidade e condução clínica adequada. Faz-se necessário, portanto, compreender as características do paciente que apresenta risco de morte por instabilidade de um ou mais sistemas orgânicos, ou que possua alto risco de descompensação mesmo na ausência de falência orgânica. Por este motivo, faz-se necessário a vigilância e monitorização contínua de suas funções orgânicas, através de medidas de suporte intensas, tais como ventilação artificial, hemodiálise e suporte circulatório mecânico (CFM, 2016).

Apesar dos avanços da ciência nos últimos anos, a morte ainda é uma certeza da vida e o conceito de cura torna-se ameaçado diante da realidade de pacientes sem possibilidade de tratamento transformador da doença. Compreendendo a finitude da vida e a fim de promover um olhar amplo e integral do cuidado, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, definiu como Cuidado Paliativo (CP) um tipo de cuidado pautado em princípios de prevenção e alívio do sofrimento. Diante do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, prestar um CP é entender o indivíduo em sua totalidade física, social, psíquica e espiritual, proporcionando qualidade de vida e redução do sofrimento para pacientes e familiares, tornando-se, portanto, o foco do cuidado (Brasil, 2020).

Na busca pelo equilíbrio entre controle dos sintomas e preservação da dignidade humana, é essencial a ação integrada de uma equipe multidisciplinar atuante em CP durante o período de diagnóstico, adoecimento, finitude e luto. As equipes de saúde trabalham de forma hierarquizada, podendo ser constituída pelo médico, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, capelão,

fonoaudiólogo, dentista e terapeuta ocupacional, a depender da necessidade do paciente (Cardoso et al., 2013).

Apesar da individualidade de cada área de atuação, os profissionais deverão ter uma compreensão multidimensional do processo de adoecimento. Cabe ao médico paliativista articular-se com toda a equipe, sob estratégias de planejamento, organização e divisão de tarefas, assim como, também, traçar planos terapêuticos em conjunto com o paciente e familiares, orientar, sem coagir, a respeito das vantagens e desvantagens dos tratamentos, e esclarecer diagnósticos e prognósticos de forma clara ao entendimento (Cruz et al., 2021).

O trabalho multidisciplinar em CP, entretanto, ainda apresenta desafios de operacionalização que dificultam a formação de uma estrutura organizada para o acolhimento de pacientes e familiares. Observa-se a ausência de compromisso e comunicação entre a equipe, de capacitação profissional, de padronização de protocolos para o manejo de pacientes em CP, dificuldades hierárquicas na centralidade assistencial do médico, além do desgaste psicológico dos profissionais frente ao tratamento de pacientes terminais (Silva et al., 2022).

Frente a essa realidade complexa e desafiadora, os CP se apresentam como uma forma inovadora de assistência à saúde que vêm ganhando espaço no Brasil na última década, destacando-se fundamentalmente da medicina curativa por focar no cuidado à pessoa e não na doença, com ênfase na vida que ainda pode ser vivida. Assim, os cuidados com a dignidade humana e a escuta qualificada assumem o protagonismo na abordagem médica (Gomes; Othero, 2016).

Mediante o papel determinante que o médico assume nesse contexto, ele torna-se um facilitador para toda a equipe. O fortalecimento da comunicação, da confiança e do vínculo entre profissionais, paciente e familiares, possibilita o compartilhamento de saberes e favorece a tomada de decisão em conjunto. Através de um olhar ético, humanizado e multiprofissional, o médico deve controlar os sintomas, realizar prognóstico e avaliar as opções de tratamento, sem realizar ações obstinadas que ignoram o sofrimento (Hermes, 2013; INCA, 2022).

MÉTODOS

O trabalho trata-se de uma revisão integrativa, onde foi possível sumarizar informações de produções científicas. Dessa forma, foi possível a síntese de conhecimentos e resultados de estudos para que futuramente outros sejam possíveis.

A escolha do tema foi norteadada com base na pergunta norteadora: A abordagem médica pode contribuir nos cuidados de pacientes em CP?

A pesquisa de artigos científicos foi realizada através de consulta na Biblioteca Virtual em Ciências da Saúde (BVS), no período de março a abril de 2024. As estratégias de buscas utilizadas foram os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na língua portuguesa, com o operador booleano "AND", sendo a estratégia de busca a seguinte: [Cuidados paliativos] AND [Unidade de terapia intensiva] AND [Cuidados médicos].

Na referida busca, foram aplicados os seguintes critérios de seleção: artigos originais que abordem a temática; artigos em inglês e português; artigos disponíveis *online* na íntegra e estudos realizados no período entre 2019 e 2023, encontrando 46 artigos.

Foram excluídos trabalhos como: tese, dissertações, monografias, trabalhos de conclusão de curso, manuais, resenhas, notas prévias, artigos de revisão, duplicidade de publicação, artigos não disponíveis na íntegra e que não abordaram a temática, totalizando 11 artigos para compor este trabalho.

RESULTADOS

Os artigos foram analisados criteriosamente, assim, 11 artigos foram selecionados para compor a amostra final dessa revisão integrativa.

Quadro 1 - Síntese dos principais achados sobre abordagem médica nos cuidados paliativos

N	Autores (Ano)	Tipo de pesquisa/Principais achados
1	SECUNDA, K. E; KROLIKOWSKI, K. A.; SAVAGE, M. F.; KRUSER, J. M. (2021)	Coorte retrospectivo das internações de adultos em UTI para determinar a sensibilidade e especificidade dos cinco gatilhos mais comuns da consulta especializada automatizada de cuidados paliativos. Conclui-se que para alcançar uma prestação ótima de cuidados paliativos na UTI, as intervenções a nível do sistema, tais como os desencadeadores automáticos, devem centrar-se no papel mais amplo do cuidado paliativo para pacientes com doenças graves, para além do foco restrito do fim de vida iminente.
2	AMEN, S. S.; BERNDTSON, A. E.; CAIN, J.; ONDERDONK, C.; COCHRAN-YU, M.; FARR, S. G.; EDWARDS, S. B. (2021)	Coorte retrospectivo da análise de prontuários de internação em uma UTI para avaliar o treinamento e educação da palição em um planejamento de cuidados avançados. Quando utilizado a educação rotineira para estagiários, um número maior de melhorias foi observado como comunicação mais precoce e melhorias na qualidade da UTI. Revelando que essa educação pode aumentar positivamente no planejamento de cuidados avançados, na redução do tempo de permanência e reduz a incapacidade grave e moderada do enfermo, tornando a UTI mais efetiva.
3	HOPE, A. A.; ENILARI, O. M.; CHUANG, E. et al. (2021)	Coorte prospectivo observacional para explorar a utilidade/validade de critérios formalizados para serviços de cuidados paliativos. Sendo observado que pacientes com gatilhos para CP estava associado a um cuidado mais precoce de suporte paliativo.
4	LOURENÇÃO, M. L.; TROSTER, E. J. (2020)	Estudo observacional, retrospectivo, multicêntrico, incluindo crianças que faleceram entre janeiro e dezembro de 2017. Observando-se que a prática de não reanimar pacientes com prognóstico reservado tem se disseminado, e aponta-se para melhores cuidados nas últimas 48 horas de vida. No entanto, ainda se verifica uso excessivo de procedimentos invasivos, ventilação mecânica e drogas vasoativas nas horas derradeiras.

5	LO, M. L.; HUANG, C. C.; HU, T. H. et al. (2020)	Estudo observacional de paciente com score APACHE II > ou = 20, admitidos em UTI com permanência superior a 3 dias até a morte, para avaliar a qualidade dos cuidados no final de vida prestados nesse ambiente. Observando que a comunicação e cuidados paliativos especializados podem oferecer um cuidado completo, evitando sofrimento desnecessário durante o processo de morte.
6	BAR, B.; CREUTZFELDT, C. J.; RUBIN, M. A. (2020)	Estudo longitudinal com aplicação de questionário para neurointensivistas em relação a integração de cuidados paliativos na Neuro-UTI. Notando que neurointensivistas valorizam serviços de cuidados paliativos, entendendo as diversas situações desafiadoras que os cercam.
7	WUNSCH, H.; SCALES, D.; GERSHENGORN, H. B. et al. (2019)	Coorte retrospectivo com o objetivo de avaliar os cuidados de fim de vida recebidos por médicos em comparação com não-médicos num sistema com cuidados de saúde universais. Não havendo diferença significativa entre os grupos, mas observou-se que o grupo de médicos, por considerarem a morte em hospital um indicador negativo da qualidade dos cuidados, utilizaram mais os cuidados paliativos no fim de vida por considerarem o cuidado ideal.
8	MAETENS, A.; BEERNAERT, K.; SCHREYE, R. D. et al. (2019)	Estudo de coorte retrospectivo utilizando bases interligadas, sobre todas as mortes ocorridas na Bélgica em 2012 com a população de indivíduos que receberam ao menos um tipo de apoio paliativo domiciliar, pareando com indivíduos que não recebeu nenhum suporte paliativo domiciliar, acerca o julgamento de especialistas para adequar a realização de procedimentos específicos para os sintomas de tais pacientes. Os resultados mostram um impacto positivo no apoio paliativo domiciliar na qualidade dos cuidados no fim de vida.
9	SANTA CLARA, M. G.; SILVA, V. R.; ALVES, R.; COELHO, M. C. R.	Estudo transversal, descritivo, analítico, retrospectivo, documental com abordagem quantitativa para avaliar o uso de escalas como instrumento de pesquisa para indicação dos cuidados paliativos e para estabelecer prognóstico e avaliar funcionalidade doente, utilizando o teste Kappa para verificar a concordância entre elas. Concluindo que a utilização das escalas mencionadas tem boa efetividade devido à alta sensibilidade e se tornando um importante instrumento na identificação de pacientes para cuidados paliativos. As escalas ajudaram a identificar que câncer, sequelas de acidente vascular encefálico, insuficiência renal, demência, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose e insuficiência cardíaca congestiva, foram as causas mais frequentes de paliatividade.
10	SEINO, Y.; KUROSAWA, H.; SHIIMA, Y. et al. (2019)	Estudo longitudinal, focada na perspectiva dos médicos sobre os cuidados pediátricos no fim de vida utilizando um questionário com 19 questões aplicados nas UTIs. Concluindo que o estudo teve várias limitações, mas que as barreiras enfrentadas indicam a falta de programas educacionais relevantes acerca o tema e a escassez de apoio multidisciplinar para as famílias são de grande impacto.

11	AHMAD, S. R.; TARABOCHIA, A. D.; BUDAHN, L. et al. (2023)	Estudo de coorte retrospectivo em prontuários buscando informações acerca a comunicação com pacientes e familiares em doenças graves para entender os tipos de objetivos expressos pelos pacientes e responder as suas questões. Concluindo que o uso de plataformas centrada no paciente tem uma significância importante. Apesar das limitações do estudo, sugerindo mais estudos acerca o tema, é enfatizado que devem ser inclusas medidas especiais de comunicação centrada no paciente.
----	--	---

Fonte: Acervo dos autores

Assim, a fim de melhorar a compreensão e discussão da temática deste estudo, optou-se por categorizar os resultados em 3 esferas: (I) Abordagem Médica no Ambiente da Unidade de Terapia Intensiva, (II) Cuidados Paliativos e seus Princípios e (III) Abordagem Médica nos Cuidados Paliativos.

DISCUSSÃO

A Resolução nº. 41/2018 instituída pelo Ministério da Saúde foi um marco para a prática dos CP em âmbito nacional, uma vez que regulamentou essa prática enquanto política de saúde. Tal resolução estabelece que toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, será ofertado CP a partir do diagnóstico dessa condição.

1. ABORDAGEM MÉDICA DO AMBIENTE DA UTI

A prestação de CP de alta qualidade na unidade de terapia intensiva (UTI) é uma pedra angular da medicina intensiva e é amplamente reconhecida como necessária para a prestação de cuidados de UTI centrados no paciente e na família (Secunda, 2021). Ahmad (2023) ainda acrescenta que os profissionais da saúde e familiares divergem quando se trata de conhecer o limite da dor do paciente, bem como o momento em que os cuidados devem ser modificados. Compreender esse limite, permite ao paciente que tenha o cuidado adequado e a abordagem necessária, sem que seja ele submetido a terapias invasivas sem que haja possibilidade de melhoras.

Em 2005, uma pesquisa internacional demonstrou uma certa resistência da equipe médica em indicar cuidados paliativos, os intensivistas do Japão tendem a escolher terapia agressiva com suporte total contínuo aos pacientes, mesmo aqueles em estado vegetativo persistente (Seino, 2019). Em soma, o estudo realizado por Lo (2020), demonstra também a dificuldade de adesão ao tratamento e suporte de vida e medidas de CP por cidadãos Taiwaneses devido a formação cultural, uma vez que passam a acreditar que corroborando com tais medidas de cuidado, estariam induzindo a morte imediata de seus entes queridos.

Lourenção (2020), menciona acerca dos avanços das citações de limitação de suporte a vida (LVS), o que implica no aumento de condutas como a não realização de manobras de reanimação diante de uma parada cardiorespiratória. Todavia, observa-se nos prontuários repetidamente os termos: “medidas de conforto”, “priorizar conforto” e “medidas de suporte”, porém poucos prontuários descrevem LVS como “planejamento de fim devida”. Nota-se também, que quando a LVS é registrada, o papel dos familiares é

unicamente passivo, e poucas vezes assumem o papel de protagonistas das decisões, indo de encontro a princípios básicos dos CP.

Cumprir frisar que quando se trata de comunicação e relação médico-paciente, é importante ressaltar que o modelo SPIKES (setting, perception, invitation, knowledge, empathy, summary), demonstrou fornecer um ambiente seguro para pacientes e familiares e garantir um diálogo transacional aberto, ao mesmo tempo em que encoraja o anfitrião a fornecer tempo para emoção, empatia e apoio (Amen, 2021)

2. CUIDADOS PALIATIVOS E SEUS PRINCÍPIOS

Segundo Santa Clara, (2019), a prática dos CP tem seu pilar em tratar o doente de modo integral, considerando a finitude da vida, respeitando as vontades do paciente e promovendo terapêutica que vise promover os dias restantes do paciente com qualidade e dignidade. Tal afirmação pode ser justificada pelas diretrizes recentes que recomendam uma abordagem integrativa em que um paciente recebe CP concomitantemente com cuidados restauradores/curativos desde o momento da admissão na UTI de forma individualizada. No entanto, o papel ideal do cuidado paliativo especial (CEP) e a relação entre CP primários e especializados na UTI permanecem pouco definidos, com poucos dados empíricos para orientar a tomada de decisão dos clínicos (Secunda, 2021).

Hope(2021) em seu estudo, define inicialmente o serviço de CEP, sendo a solicitação de consulta para especialista de CP após a abordagem inicial da equipe clínica, estando relacionado ao seu serviço observações como: avaliação do estado psicossocial dos pacientes e familiares; avaliação de preocupações espirituais; e documentação da preferência do paciente pelo cuidado e orientações antecipadas.

Com base nos estudos de Maetens et al. (2019), grande parte da população diagnosticada com doenças crônicas e limitadoras da vida optam por receber cuidados de alta qualidade e morrer em casa. Por meio de equipes multidisciplinares de CP domiciliares e subsídio financeiro para aqueles que desejam receber CP em casa, vários países ofertam CP em ambiente domiciliar a fim de promover controle dos sintomas, melhora na qualidade de vida, aumento das chances de morrer em casa e promoção de cuidados de saúde capazes de evitar intervenções mais agressivas no fim da vida.

Por fim, como orienta o manual da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), é importante lembrar o papel da família no cuidado (Lourenção, 2020). Assim, os CP visam otimizar a qualidade de vida tanto de pacientes quanto de familiares, abordando-os em suas necessidades físicas, emocionais, intelectuais e espirituais. Ainda, vale ressaltar que estes serviços são utilizados quando a equipe de cuidados acredita que as questões relativas à retirada da terapia de manutenção da vida são o foco do manejo do paciente (Bar, 2020).

3. ABORDAGEM MÉDICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Em 2022 a OMS passou a definir cuidados paliativos, enfatizando na utilização e práticas de medidas que visassem aumentar a qualidade de vida dos pacientes, visto que no Brasil, em 2018, conforme estudo

realizado pela ANCP, observou-se um número reduzido no que se referia à paliatividade nos serviços de saúde, refletindo no aumento do sofrimento psíquico e físico, de pacientes e familiares, repercutindo na piora da qualidade de morte do indivíduo (Santa Clara, 2019).

Em geral, os médicos não optam consistentemente por cuidados menos agressivos, pois uma parcela considerável ainda é menos propensa a morrer em casa, mas recebem mais cuidados intensivos e paliativos nos últimos 6 meses anteriores à morte. Esta avaliação sugere a percepção dos profissionais médicos como o cuidado ideal ao aproximar o dia da morte, os quais deverão ser combinados com as preferências declaradas dos pacientes, cada vez mais centrados na qualidade de vida e menos carregados de tecnologia, atualmente compreendido como um indicador positivo da qualidade do atendimento (Wunsch et al., 2019).

Evidenciando não somente a falta de preparo de profissionais da saúde quando se refere a cuidados de terapia intensiva, mas também a falta de compreensão dos familiares no tocante a não realização de práticas, como por exemplo, “ressuscitação”, o que por diversas vezes faz com que a prática médica, permaneça engessada e alicerçada no excesso de cuidado para evitar retaliação judicial por parte destes (Seino, 2019).

Por outro lado, o *Center to Advance Palliative Care* (CAPC) desenvolveu a escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST) para indicação de CP por meio dos seguintes critérios: doença de base, doenças associadas, condição funcional e condições pessoais do paciente, que ao final tem como resultado a necessidade ou não de CP. Acredita-se, portanto, que esta escala seja a mais fidedigna no que se refere aos CP, uma vez que observa o cenário completo ao qual o indivíduo está inserido, valorando os métodos de cuidado que podem e devem ser aplicados no cuidado, garantido a premissa levantada até o presente momento acerca dos cuidados de fim de vida (Santa Clara, 2019).

Ainda no que se refere a escala de PCTS, Santa Clara (2019), passa a descrever que quando o *score* (somatório dos quatro critérios) é maior ou igual a quatro pontos, considera-se ter condições para CP, ou seja, indicação ou não para CP que ocorre em função do somatório dos itens e se caracteriza da seguinte forma: até dois pontos sem indicação de CP; até três pontos o paciente deve ser mantido em observação clínica; igual ou maior do que quatro pontos considerarem indicação de CP. Já na escala PPS (*Palliative Performance Scale*), é possível estabelecer um prognóstico e avaliar a funcionalidade do doente, ela analisa cinco parâmetros: mobilidade, atividade e evidências de doenças, autocuidado, ingestão e estado de consciência e atribui valores de 0% a 100%, sendo que 0% significa a morte, 100% que o doente não possui alteração funcional. A escala PPS avalia CP se o paciente apresenta escore menor do que 40%.

Por fim, na Bélgica, desde 2002, todos os seus cidadãos gravemente enfermos com expectativa de vida curta têm o direito legal de receber CP em casa com apoio do governo. Em 2012, um estudo de corte retrospectivo comparando pacientes que receberam CP domiciliares nos últimos 720 a 15 dias de vida com outros que não o fizeram, observou-se que a qualidade dos cuidados ofertados aos pacientes que receberam CP em ambiente domiciliar foram mais adequados e apropriados no final da vida, inclusive com maior redução dos custos totais de saúde nas últimas 2 semanas de vida, mais contato com médicos de família, maior chance de morte domiciliar, menor risco de internação hospitalar, admissão na UTI ou pronto-socorro (Maetens et al., 2019).

CONCLUSÃO ou CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, este estudo destaca a lacuna significativa na pesquisa e nos incentivos para a prática de CP, apontando para uma necessidade premente de aprofundamento do conhecimento e promoção de políticas que valorizem essa abordagem holística de cuidado. A escassez de estudos compromete não apenas a qualidade do atendimento ao paciente em estágios avançados de doenças graves, mas também o bem-estar dos cuidadores e a eficiência dos sistemas de saúde. Portanto, é necessário que os esforços de pesquisa se intensifiquem, incentivando a realização de estudos mais abrangentes e a implementação de políticas que reconheçam e valorizem a importância dos CP. Ao fazê-lo, podemos aspirar a uma sociedade mais compassiva e inclusiva, onde o conforto e a dignidade dos pacientes sejam prioridades fundamentais desde o diagnóstico de uma doença que ameace a vida até o fim da vida.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. M. M.; MARTINS, G. de S.; VALDUGA, R.; GEREZ, A. P.; CARMO, E. C. do; CUNHA, K. da C.; CIPRIANO, G. F. B.; SILVA, M. L. da. Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 33, n. 4, 2021.
- AHMAD, S. R.; TARABOCHIA, A. D.; BUDAHN, L. et al. Determining Goal Concordant Care in the Intensive Care Unit Using Electronic Health Records. **J Pain Symptom Manage**. v. 65, n. 3, 2023.
- AMEN, S. S.; BERNDTSON, A. E.; CAIN, J.; ONDERDONK, C.; COCHRAN-YU, M.; FARR, S. G.; EDWARDS, S. B. Communication and Palliation in Trauma Critical Care: Impact of Trainee Education and Mentorship. **Journal of Surgical Research**. v. 266, p. 236–244, 2021.
- BAR, B.; CREUTZFELDT, C. J.; RUBIN, M. A. Palliative Care in the Neuro-ICU: Perceptions, Practice Patterns, and Preferences of Neurointensivists. **Neurocritical care Society**, V. 32, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês, 2020.
- CARDOSO, D. H.; MUNIZ, R. M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I. C. de O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto e Contexto Enfermagem**, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resolução nº 2.156, de 28 de outubro de 2016. Critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 de novembro de 2016.
- 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; NÓBREGA, M. R.; GAUDÊNCIO, M. R. B.; FARIAS, T. Z. T. T. de; PIMENTA, T. S.; FONSECA, R. C. 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.
- HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013.
- HOPE, A. A.; ENILARI, O. M.; CHUANG, E. 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. 4, n. 2, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Cuidados paliativos na prática clínica, v. 1. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

LO, M. L.; HUANG, C. C.; HU, T. H. et al. Quality assessments of end-of-life care by medical record review for patients dying in intensive care units in Taiwan. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 20, 2020.

LOURENÇÃO, M. L.; TROSTER, E. J. Fim de vida em unidades de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Bioét.** v.28, n.3, 2020

MAETENS, A.; BEERNAERT, K.; SCHREYE, R. D. et al. Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a population-level matched cohort study. **BMJ Open**, v. 9, 2019.

SANTA CLARA, M. G.; SILVA, V. R.; ALVES, R.; COELHO, M. C. R. Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** V. 22, n. 5, 2019.

SECUNDA, K. E; KROLIKOWSKI, K. A.; SAVAGE, M. F.; KRUSER, J. M. Evaluation of automated specialty palliative care in the intensive care unit: A retrospective cohort study. **PLoS ONE**, v. 16, n. 8, 2021

SEINO, Y.; KUROSAWA, H.; SHIIMA, Y. et al. End-of-life care in the pediatric intensive care unit: Survey in Japan. **Pediatrics International**, v. 61, 2019.

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.

WUNSCH, H.; SCALES, D.; GERSHENGORN, H. B. et al. End-of-Life Care Received by Physicians Compared With Nonphysicians. **JAMA Network Open**, v. 2, n. 7, 2019.