

Rafael Pigozzi Cabral

IMPACTO DA FUNCIONALIDADE NA EVOLUÇÃO DO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO

Dissertação apresentada ao Programa do Mestrado Profissional associado à Residência Médica, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos.

Orientadora: Profa. Dra. Rachel Duarte Moritz

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pigozzi Cabral, Rafael
IMPACTO DA FUNCIONALIDADE NA EVOLUÇÃO DO PACIENTE EM
ESTADO CRÍTICO / Rafael Pigozzi Cabral ; orientadora,
Profa Dra Rachel Duarte Moritz - Florianópolis, SC, 2016.
37 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e
Paliativos.

Inclui referências

1. Cuidados Intensivos e Paliativos. 2. Cuidados
Paliativos. 3. Cuidados Intensivos. 4. Escala de
Performance Paliativa. I. Duarte Moritz, Profa Dra
Rachel. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e
Paliativos. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS
INTENSIVOS E PALIATIVOS
MESTRADO PROFISSIONAL**

Impacto da funcionalidade na evolução do paciente em estado crítico

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos.

Florianópolis, 17 de março de 2016.

Profa. Dra. Ana Maria Nunes de Faria Stamm
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Rachel Duarte Moritz (Presidente)

Prof. Dr. Fernando Osni Machado (Membro)

Prof. Dra. Ana Maria Nunes de Faria Stamm (Membro)

Prof. Dr. Edevard José de Araújo (Membro)

Dedico esse trabalho à minha avó Márcia Luiza Pacheco Pigozzi (*in memoriam*) e ao meu tio Décio Cabral (*in memoriam*);

Eles, que tiveram de lutar contra um grande mal e que, mais do nunca, necessitaram de cuidados de conforto ao final da vida; que esse trabalho possa ajudar a melhorar a qualidade de vida de outros que sofrem de doenças cujo desfecho é, muitas vezes, inevitável.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora e professora, Dra. Rachel Duarte Moritz que, com sua vasta experiência e pioneirismo na área, orientou-me em busca do conhecimento.

A toda a equipe da UTI do HU/UFSC, plantonistas e funcionários, em especial à Juliana Gulini, pela competência e ajuda imensurável despendidos na coleta e análise dos dados desse trabalho.

À Karine, minha esposa que muito amo, companheira de todas as ocasiões, dentro e fora do hospital, que me ajudou em todo o caminho para o desenvolvimento desse trabalho, com suas palavras de apoio, conhecimento e paciência.

Aos meus pais, Mário José Cabral e Maria da Graça Pigozzi, que possibilitaram o alcance de muitos dos meus sonhos, pois me ensinaram a enfrentar as incertezas da vida. Eles são a razão pela qual me esforço diariamente a fim de ser motivo de orgulho.

Aos meus irmãos, Felipe Pigozzi Cabral e Eduardo Pigozzi Cabral, pela amizade e parceria ao longo de toda minha vida.

RESUMO

Introdução: É crescente a necessidade da implantação dos Cuidados Paliativos (CP) nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Para tal, torna-se importante a identificação dos pacientes que se beneficiariam de uma abordagem paliativista preferencial. A avaliação subjetiva dos médicos assistentes, a funcionalidade, a doença prévia e a evolução da doença crítica são fatores que podem contribuir para a definição de prognóstico. **Objetivo:** Avaliar a relação da funcionalidade prévia dos pacientes críticos com suas características clínico-demográficas e o desfecho óbito. **Método:** Coorte prospectiva, aprovada pela Comissão de Ética da Instituição. Foram anotados dados do prontuário dos pacientes internados na UTI/HU/UFSC entre março e outubro de 2015, com idade ≥ 18 anos, internados por tempo ≥ 24 horas. Os dados foram divididos conforme a funcionalidade prévia, avaliada através da Escala de Performance Paliativa (PPS). Para definir baixa funcionalidade foi utilizado o ponto corte de PPS = 60. Separou-se a amostra entre os pacientes com PPS ≤ 60 (G1) ou > 60 (G2). Para a identificação do prognóstico e do perfil dos pacientes foram anotados dados demográficos (sexo, idade, procedência) e clínicos (fragilidade, causas da internação, doenças de base, gravidade da doença crítica, evolução e tempo de internação). A análise estatística foi realizada através dos testes t Student e χ^2 (significância 0,05). **Resultados:** No período do estudo, foram admitidos 244 pacientes, dos quais 166 constituíram a amostra (G1=77/G2=89). Cinquenta morreram (29,6%). Os pacientes com PPS ≤ 60 eram mais velhos, mais frágeis, apresentaram mais episódios de *delirium*, permaneceram mais tempo internados no hospital, foram a maioria daqueles que permaneceram na UTI por mais de cinco dias, se comparados com os pacientes com PPS > 60 . Foi constatado que os pacientes que morreram eram significativamente mais velhos, tinham menor funcionalidade, apresentaram maior gravidade do quadro agudo e permaneceram mais tempo internados na UTI. Os médicos intensivistas mostraram-se bons preditores do desfecho óbito dos pacientes críticos. **Conclusão:** A baixa funcionalidade dos doentes esteve relacionada a uma maior taxa de mortalidade hospitalar, à média de idade mais elevada, a presença de fragilidade, influenciou no maior tempo de internação hospitalar e no desenvolvimento de *delirium*. Sugere-se que pacientes com doença crítica e PPS ≤ 60 se beneficiariam com abordagem paliativista preferencial.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Cuidados Intensivos. Escala de Performance Paliativa.

ABSTRACT

Introduction: The implementation of Palliative Care (CP) in Intensive Care Units (ICUs) is a growing need. It is important to identify the patients who may benefit from a palliative approach. Subjective evaluation of assistant physicians, functionality, previous disease and the development of critical illness contributes to prognosis. **Objectives:** To evaluate the relation between the previous functionality of critically ill patients, demographic/clinical features and outcome death. **Methods:** Prospective cohort study, approved by Ethics Committee. Assess medical data related to ICU patients at UFSC University Hospital, between March and October 2015, with age ≥ 18 years, admitted for over 24 hours. Data were divided according to previous functionality, assessed by the Palliative Performance Scale (PPS). Assuming low functionality cut point about PPS = 60, the sample was sorted out among patients with PPS ≤ 60 (G1) and > 60 (G2). To identify the prognosis and the profile of patients, demographic data (gender, age, origin) and clinical (frailty, causes of hospitalization, previous diseases, severity of critical illness, evolution and length of stay) were written down. Statistical analysis was performed using the Student t test and χ^2 (significant ≤ 0.05). **Results:** During the study period, 244 patients were admitted, of which 166 (G1=77/G2=89) were evaluated. Fifty died (29.6%). As for the G2, the G1 patients were significantly older, more fragile, showed more *delirium*, remained more time in the hospital and for more than 5 days in the ICU. The patients who died were significantly older, had lower functionality, presented increased severity of acute illness and remained longer time in the ICU. Critical care physicians proved to be good predictors of outcome death of critically ill patients. **Conclusion:** Low functionality was related to increased hospital mortality rate, older age, frailty, longer hospitalization and development of *delirium*. It suggests that patients with critical illness and PPS ≤ 60 would benefit from preferential palliative approach.

Keywords: Palliative Care. Intensive Care. Palliative Performance Scale.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CP	Cuidados Paliativos
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
HU	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
SAPS III	<i>Simplified Acute Physiology Score</i>
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 MÉTODO	13
3 RESULTADOS	15
4 DISCUSSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	26
APÊNDICE.....	33
APÊNDICE A - Checklist dos critérios de elegibilidade para avaliação paliativista em UTI	33
ANEXOS.....	36
ANEXO A- Palliative Performance Scale (PPS).....	36
ANEXO B - Escala Clínica de Fragilidade.....	37

1 INTRODUÇÃO

Os avanços nos programas de saúde do mundo atual acarretaram maior prevenção e controle de doenças agudas ou crônicas e levaram à promoção de hábitos de vida saudáveis. Por outro lado, o envelhecimento da população, associado ao maior controle das doenças crônico-degenerativas têm gerado um perfil diferente de pacientes que são admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Associado a esse fato, o uso de tecnologia na área da saúde permite que alguns pacientes com doenças agudas tornem-se cronicamente críticos e evoluam para a terminalidade. Esses fatos, em alguns casos, promovem o prolongamento do morrer, especialmente nas unidades que utilizam tecnologia de ponta¹.

Cuidados com alta tecnologia no final da vida estão associados a uma pior qualidade de vida, menor satisfação com o cuidado e aumento da ansiedade e depressão do paciente e de seus familiares. Um planejamento da assistência com antecedência pode alterar este quadro, aumentando a qualidade de vida dos pacientes com doenças terminais, o que diminui os custos em saúde².

Dessa forma, os Cuidados Paliativos (CP) são cada vez mais aceitos como um componente essencial do cuidado integral aos pacientes criticamente doentes, independentemente do diagnóstico ou prognóstico da doença³.

CP têm como princípios melhorar a qualidade de vida do paciente e influenciar positivamente no curso da doença, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do doente, oferecer um sistema de suporte e acolhimento para pacientes e seus familiares, não

acelerar e nem adiar a morte e promover o alívio da dor e de outros sintomas indesejáveis¹.

Para que os CP sejam implementados adequadamente, torna-se imprescindível a identificação dos pacientes que realmente irão se beneficiar de um tratamento intensivo, a discussão sobre metas de atendimento e a adequada comunicação acerca da mudança do plano terapêutico de curativo/restaurativo para paliativo preferencial ou exclusivo^{2,4}.

Critérios foram definidos para a identificação de pacientes com um elevado risco de morrer nos hospitais. Nesses critérios estão incluídos os itens: funcionalidade, idade, resposta negativa do médico assistente à pergunta surpresa “*Será que eu ficaria surpreso caso este paciente morresse dentro dos próximos 6 -12 meses?*” e doenças ameaçadoras da vida, tais como: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) grave, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), cirrose hepática, neoplasia maligna ou demência em estágio avançado^{2,5}.

A funcionalidade do doente interfere diretamente na sua qualidade de vida, sendo considerado um marcador crescente para a análise do tratamento instituído nas UTIs. A Escala de Performance Paliativa (*Palliative Performance Scale* - PPS), permite a avaliação da funcionalidade e é validada como preditor de mortalidade em pacientes com doenças crônico-degenerativas, neoplásicas ou não. Baseia-se em cinco dimensões: deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência. Seu escore varia de 0 a 100, em intervalos de 10 pontos e quanto maior o escore, melhor o status de performance. Um estudo com 466 pacientes sem doença neoplásica, admitidos em um determinado hospital, mostrou que as taxas de

mortalidade em seis meses para 3 categorias de PPS foram: 96% para o PPS com pontuações entre 10 e 20, 89% para o PPS entre 30 a 40 e 81% para PPS maiores ou igual a 50⁶. Outro trabalho realizado com 368 pacientes com neoplasia maligna avançada encontrou uma média de sobrevivência de cerca de 6, 3 e 2 meses para pacientes com PPS de, respectivamente, 70, 60 e 50⁷.

Outros fatores que podem interferir no prognóstico dos pacientes criticamente enfermos são a fragilidade, o tempo de internação na UTI e a evolução desses doentes⁸. Fragilidade é uma síndrome multi-dimensional, caracterizada por perda das reservas fisiológicas e cognitivas, que confere vulnerabilidade para eventos adversos e vem sendo frequentemente detectada em pacientes críticos com idade igual ou maior que 50 anos^{9, 10}. Pacientes com "doença crítica persistente" são aqueles que permanecem na UTI por um tempo prolongado sob assistência ventilatória invasiva (> 10 dias), cuja causa da admissão não é a mesma daquela que os mantém na unidade. É esperado que somente 10% desses pacientes tenham boa qualidade de vida 6 meses após a alta da UTI^{11,12}.

Para a implementação dos CP nas UTIs foram definidas fases de assistência paliativa. Na primeira fase existe maior chance de recuperação, sendo indicado o tratamento curativo/restaurativo pleno com o tratamento paliativo focado no controle dos sintomas e na boa comunicação. Na segunda fase é detectada evolução para irreversibilidade da doença devendo ser priorizada a qualidade da vida, com instituição de tratamento curativo/restaurativo somente quando considerado proporcional. Para se evitar a obstinação terapêutica, torna-se importante nessa fase o estabelecimento de metas de tratamento. Na

terceira fase, quando a doença torna-se irreversível e a morte é iminente, os CP devem ser exclusivos ou preferenciais, sendo aconselhável a recusa ou suspensão de tratamentos que somente promoveriam o prolongamento do morrer. Ressalta-se que para o reconhecimento dessas fases torna-se primordial o adequado estabelecimento prognóstico dos pacientes críticos que, está relacionado à funcionalidade global, à doença de base e às complicações agudas da doença¹.

Apesar do crescimento das discussões sobre os CP nas UTIs, ainda existem dificuldades para identificação dos pacientes com doença crítica nas fases 2 e 3. Os cuidados no final da vida desses pacientes geram dilemas éticos, principalmente no que concerne a suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis. Quando despreparados para essa questão, os profissionais da saúde muitas vezes subestimam o conforto daquele que sofre de uma doença terminal¹³.

Tendo em vista o relatado, propôs-se este trabalho, cujos objetivos foram avaliar a relação da funcionalidade prévia dos pacientes internados na UTI do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com suas características clínico-demográficas e com o desfecho óbito.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, observacional, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, realizado na UTI/HU/UFSC. Este estudo faz parte de uma linha de pesquisa em CP cujo projeto foi aprovado pela Comissão de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da UFSC, sob o número 710756.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes com idade igual ou maior que 18 anos, que permaneceram internados na UTI/HU/UFSC por um tempo maior de 24 horas e que assinaram (ou seus representantes) o consentimento para sua participação. Os dados foram obtidos a partir da análise do prontuário dos pacientes.

Para a identificação do perfil dos pacientes e dos dados prognósticos que poderiam influenciar na evolução da doença crítica e, conseqüentemente, na identificação das fases 2 ou 3 dessas doenças, foram anotados os dados demográficos (gênero, idade, procedência) e clínicos (funcionalidade, fragilidade, causas da internação, condições ameaçadoras à vida, gravidade, evolução e tempo de internação na UTI e no hospital) dos pacientes estudados, no período de março a outubro de 2015. Foram considerados frágeis os pacientes com pontuação ≥ 5 , de acordo com a Escala Clínica de Fragilidade (ANEXO B).

Sobre a evolução na UTI foram anotados a presença de falência de dois ou mais órgãos por mais de cinco dias, a necessidade de diálise não programada, a presença de *delirium* e o desfecho óbito/alta hospitalar. Quanto aos episódios de *delirium* foram anotados os dados do prontuário, que se referiam à avaliação clínica do médico assistente.

A funcionalidade prévia à internação foi avaliada através do PPS (ANEXO A) e a gravidade da doença crítica através do *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS III). Supondo que pacientes com baixa funcionalidade ($PPS \leq 60$) poderiam ser classificados nas fases 2 ou 3 da assistência paliativa na UTI, separou-se a amostra entre os pacientes com PPS igual ou menor que 60 (G1) ou maior que 60 (G2).

Foram consideradas doenças ameaçadoras à vida: insuficiência cardíaca congestiva (ICC) classe II-IV; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com volume expiratório final (VEF1) $< 30\%$; cirrose hepática com Child-Pugh C ou Meld > 30 ; insuficiência renal crônica; doença vascular cerebral com dependência funcional e dificuldade de alimentação e presença de neoplasia maligna em estágio avançado^{14, 15, 16, 17}.

O tamanho mínimo calculado da amostra, através do cálculo de população finita com intervalo de confiança de 95% e erro tolerável de cinco pontos percentuais, foi de 152 indivíduos¹⁸.

Os dados obtidos foram inseridos em planilha eletrônica com auxílio do *software* Excel® 2007. A análise estatística foi realizada no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Para as variáveis contínuas foi utilizado o teste t de Student e para as variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-Quadrado (χ^2). Para os cálculos foram assumidos um nível de significância de 0,05.

3 RESULTADOS

No período de março a outubro de 2015 foram admitidos 244 pacientes na UTI do HU/UFSC. Destes, 170 permaneceram internados por mais de 24 horas, constituindo, portanto, a representação da amostra desta pesquisa. Setenta e sete pacientes apresentavam baixa funcionalidade ($PPS \leq 60$) e constituíram o G1. Pertenceram ao G2 ($PPS > 60$) 89 doentes. Quatro pacientes foram excluídos da amostra por não haver anotação da funcionalidade prévia à internação. Do total de pacientes, 50 morreram, sendo a taxa de mortalidade de 29,6%.

Os pacientes com funcionalidade mais baixa ($PPS \leq 60$) eram mais velhos e frágeis. Para esses pacientes, os médicos esperavam mais a morte (pergunta surpresa negativa). Todos esses resultados foram estatisticamente significativos.

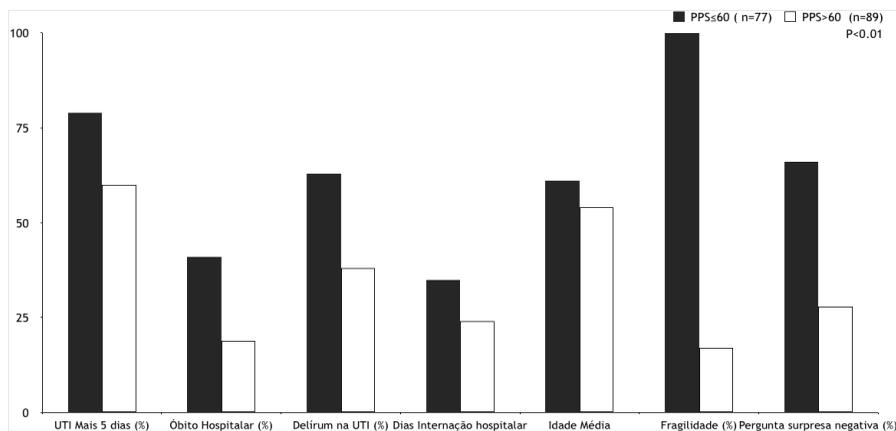
As características clínico-demográficas dos pacientes estudados, em relação à funcionalidade prévia avaliada através do PPS, são demonstradas na Tabela 1 e na Figura 1.

Tabela 1 - Características clínico-demográficas dos pacientes estudados, em relação à funcionalidade prévia avaliada pela Escala de Performance Paliativa (PPS).

Características clínico-demográficas	Total de pacientes		Pacientes do G1(PPS ≤ 60)		Pacientes do G2 (PPS > 60)		Valor p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
	166	(100)	77	(46)	89	(54)	
Idade (anos)							
<i>Média ± Desvio Padrão (DP)</i>	56,9 ± 15,6		60.9 ± 18,3		53,7 ± 14,2		0,02
<i>Mínima/Máxima</i>	19/87		33/87		19/82		
Gênero							
<i>Feminino</i>	80 (48)		38 (23)		42 (25)		NS*
<i>Masculino</i>	86 (52)		38 (22)		49 (30)		
Escala Clínica de Fragilidade (≥5)	92 (55)		77 (46)		15 (9)		0,001
Resposta Negativa a “Pergunta Surpresa”	76 (46)		51 (31)		25 (15)		0,001
Doenças de Base							
<i>Crônico-degenerativas</i>	61 (37)		30 (18)		31 (19)		NS*
<i>Não neoplásicas</i>	48 (29)		23 (14)		25 (15)		
<i>Neoplásicas</i>	13 (8)		7 (4)		6 (4)		
Gravidade Doença Crítica (<i>SAPS médio ± DP</i>)	64,56 ± 18,72		66,98 ± 20,13		62,61 ± 17,29		NS*

Legenda: *NS= Não significante

Figura 1 - Características clínico-demográficas dos pacientes analisados em relação à funcionalidade avaliada pela Escala de Performance Paliativa (PPS).



Na tabela 2 é demonstrada a evolução clínica dos pacientes em relação à funcionalidade prévia. Os dados permitem constatar que a taxa de mortalidade foi significativamente maior nos pacientes com funcionalidade mais baixa. Além disso, esse grupo de pacientes apresentou maior tempo internação hospitalar, maior número de episódios de *delirium* e representou a maioria dos doentes que permaneceram na UTI por mais de cinco dias.

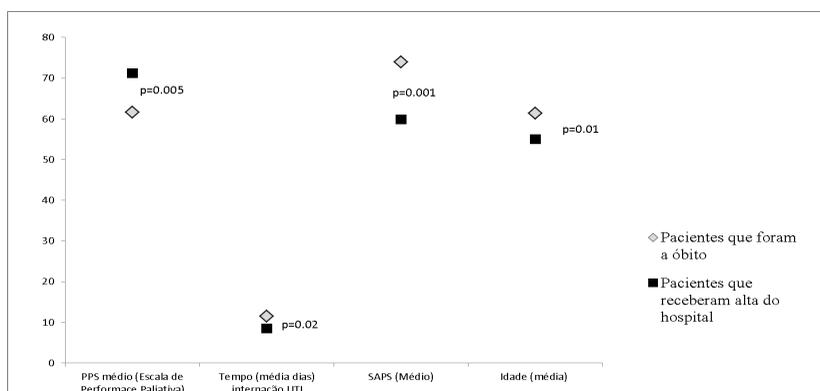
Tabela 2 - Evolução clínica dos pacientes estudados, em relação à funcionalidade prévia avaliada pela Escala de Performance Paliativa (PPS).

Evolução durante a Internação	Total de pacientes		Pacientes com PPS ≤ 60 (G1)		Pacientes com PPS > 60 (G2)		Valor p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
	166	(100)	77	(46)	89	(54)	
Tempo Internação Hospitalar (dias)							
<i>Média ± Desvio Padrão (DP)</i>	29,10 ± 25,62		34,8 ± 31,8		24,37 ± 27,9		0,009
<i>Mínima/Máxima</i>	2/169		2/169		3/81		
Tempo Internação UTI (dias)							
<i>Média ± Desvio Padrão (DP)</i>	9,50 ± 7,81		9,58 ± 5,4		9,32 ± 9,36		NS*
<i>Mínima/Máxima</i>	2/49		2/30		2/49		
UTI por mais de cinco dias	115 (69)		61 (37)		54 (32)		0,009
<i>Delirium</i> na UTI	83 (50)		49 (30)		34 (20)		0,009
Falência de dois ou mais órgãos por mais de cinco dias	55 (33)		29 (17)		26 (16)		NS*
Óbito Hospitalar	49 (29)		32 (19)		17 (10)		0,001

Legenda: *NS= Não significante

Na figura 2 podem ser observadas as características clínico-demográficas dos pacientes avaliados em relação ao desfecho óbito. Foi constatado que os pacientes que morreram eram significativamente mais velhos, apresentaram menor funcionalidade, seu quadro agudo era mais grave e permaneceram mais tempo internados na UTI.

Figura 2 - Características clínico-demográficas dos pacientes estudados em relação ao desfecho óbito.



4 DISCUSSÃO

Neste estudo, apesar dos pacientes que internaram na UTI apresentarem uma idade média menor que 60 anos, a maioria foi considerada frágil e quase a metade deles tinha funcionalidade comprometida ($PPS \leq 60$). Para esses pacientes, o tempo médio de internação hospitalar foi elevado (35 dias). Os pacientes com menor funcionalidade eram mais frágeis, apresentaram mais episódios de *delirium* na UTI, permaneceram por mais tempo internados no hospital, e pertenciam a uma faixa etária mais elevada. Para esses pacientes, os médicos esperavam mais a morte, sendo que nesse grupo, a taxa de mortalidade foi significativamente maior.

Embora não seja um fator decisório único, a idade influencia de forma importante na evolução dos pacientes nas UTIs. Neste trabalho pode-se constatar que a idade dos pacientes esteve relacionada à baixa funcionalidade e ao aumento da mortalidade. É relatado na literatura que os pacientes idosos tendem a ter pior evolução na vigência de doenças graves^{19, 20}. Relatórios recentes sugerem que, para muitos idosos com doenças graves, a permanência na UTI não melhora e pode, até mesmo, piorar a sobrevida e a qualidade da vida^{21, 22, 23}. Corroboram essas afirmações os resultados apontados por Heyland *et al*²⁴, que avaliaram pacientes com idade igual ou maior que 80 anos e constatou que esses pacientes permaneceram mais tempo internados na UTI e apresentaram uma maior taxa de mortalidade, em comparação com pacientes mais jovens. Outro estudo, que visava determinar preditores de sobrevida e descrever o impacto da admissão na UTI na qualidade de vida 6 meses após a alta hospitalar, mostrou que um terço dos doentes com mais de 65

anos morreu nos primeiros 6 meses após a alta. Entre os sobreviventes, os autores constataram uma piora significativa na qualidade de vida dos pacientes mais idosos²⁵. Os resultados apontados nesses trabalhos levantam o questionamento sobre o real benefício dos cuidados intensivos oferecidos a pacientes muito idosos com doenças graves, e tornam importante o debate a respeito da autonomia desses doentes, que muitas vezes preferem recusar tratamentos de terapia intensiva. Nesse contexto, a qualidade da comunicação é fundamental.

A influência da fragilidade na evolução dos pacientes criticamente enfermos tem gerado crescente debate na literatura mundial^{10, 26, 27, 29}. No presente estudo, do total de pacientes avaliados, 92 (55%) foram considerados frágeis, sendo a fragilidade relacionada de forma significativa à baixa funcionalidade e, conseqüentemente, à pior qualidade de vida. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura revisada^{9,28}. Bagshaw *et al*⁹, em um trabalho canadense, cujo grupo de pacientes avaliados era mais jovem, apontaram fragilidade em 33% dos pacientes criticamente doentes, e demonstrou relação direta entre fragilidade e morte, independentemente da idade. Dessa forma, pode-se sugerir que uma doença grave em um paciente frágil pode anunciar uma transição importante rumo a uma maior instabilidade homeostática e risco de morte¹⁰. Pode também estar associada à dependência funcional após a alta hospitalar⁹. Portanto, é possível inferir que o diagnóstico de fragilidade auxilia na tomada de decisão em relação ao tratamento do paciente com doença crítica, principalmente no que concerne a definição de metas terapêuticas³⁰.

A Escala de Performance Paliativa (PPS) é uma ferramenta desenvolvida com o objetivo de mensurar o *status* funcional dos

pacientes, sendo considerada uma das armas para a predição de prognóstico^{31, 32, 33}. Essa escala, inicialmente utilizada para pacientes com neoplasia maligna, atualmente é considerada como um preditor de prognóstico, para vítimas de doenças neoplásicas e não-neoplásicas, sendo útil para a orientação dos planos de CP. Neste trabalho constatou-se uma relação significativa entre os valores baixos de PPS (≤ 60), a uma média de idade mais elevada e a morte dos pacientes. Resultados semelhantes foram apontados por Harrold *et al*³⁴ que estudaram 466 pacientes e constataram que a pontuação do PPS foi um forte preditor independente de mortalidade. O PPS surge, portanto, como um importante instrumento dentro da medicina paliativa, pois, além de predizer o risco de óbito, permite uma avaliação fidedigna da funcionalidade e, conseqüentemente, da qualidade de vida. Serve, ainda, como ferramenta de utilidade clínica que permite selecionar aqueles pacientes que se beneficiariam da definição de metas terapêuticas e de cuidados no final da vida (fases 2 e 3 da assistência paliativa intensiva)³⁵.

A funcionalidade prévia dos pacientes avaliados neste trabalho não influenciou no tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva. No entanto, os pacientes que evoluíram para óbito no hospital permaneceram, em média, mais dias internados na UTI. Por outro lado, os pacientes com PPS ≤ 60 que tiveram alta da UTI, permaneceram mais dias internados no hospital. Um estudo espanhol avaliou o risco de óbito e a qualidade de vida de pacientes internados por tempo prolongado na UTI e no hospital. Os autores demonstraram que o tempo de internação não interferiu na mortalidade. Entretanto, os pacientes que sobreviveram à internação, apresentaram significativamente maior

comprometimento do estado funcional na alta hospitalar em relação àqueles que permaneceram sob tratamento intensivo por um tempo menor, sendo que essa diferença persistiu após três meses³⁶. Infelizmente, neste estudo não foi avaliada a qualidade da vida dos pacientes que sobreviveram à internação, fato primordial nos cuidados paliativos. Lembra-se que quase metade dos pacientes avaliados apresentaram um PPS ≤ 60 . Portanto, pode-se inferir que, após a alta hospitalar, a funcionalidade desses doentes tenha reduzido, acarretando uma deterioração na qualidade de vida.

Verificou-se neste trabalho, que a baixa funcionalidade dos pacientes foi relacionada significativamente com um tempo de internação na UTI maior que 5 dias. Em 2006, Nelson *et al*³⁷ demonstraram que pacientes internados na UTI por um tempo igual ou maior que cinco dias se beneficiaram com abordagem paliativista preferencial e com a retirada de terapias fúteis. Os autores concluíram que os pacientes avaliados de forma pró-ativa por consultores paliativistas, apresentaram menor tempo de internação na UTI, sem influência na mortalidade ou alta hospitalar.

No que concerne à “pergunta surpresa”, os médicos intensivistas do HU/UFSC mostraram-se bons preditores quanto à possibilidade de morte dos pacientes críticos, o que coincide com a literatura revisada, que aponta uma identificação bastante consistente, por parte dos médicos assistentes, acerca da evolução para o óbito de populações que sofrem de doença avançada, neoplásica ou não^{38, 39}. Moroni *et al*⁵, em 2014, avaliaram 231 pacientes com câncer terminal, e questionaram seus médicos com a “pergunta surpresa”. Para 126 (54,5%) pacientes, os médicos responderam “Não” e para 105 (45,5%)

responderam “Sim”. Após 12 meses, 104 (45,0%) pacientes tinham morrido e 87 (83,7%) estavam no grupo “Não”. Os autores apontaram uma sensibilidade da questão "surpresa" de 69,3% e uma especificidade de 83,6%.

Quanto à avaliação prognóstica da doença aguda, houve relação significativa entre os níveis de SAPS III e a mortalidade dos pacientes estudados, o que corrobora com os dados de literatura, que coloca o SAPS III como instrumento de predição de óbito na UTI⁴⁰.

Observou-se que os pacientes com funcionalidade menor (PPS \leq 60) apresentaram mais episódios de *delirium* na UTI. Uma metanálise publicada em 2015 revisou 42 estudos com 5280 pacientes críticos e constatou que cerca de um terço dos pacientes internados em UTIs desenvolvem *delirium*. Este estudo mostrou que estes doentes tem maior risco de morrer durante a internação, necessitam de ventilação mecânica por tempo prolongado e permanecem mais dias internados na UTI e no hospital. Os estudos disponíveis também indicam a associação entre *delirium* e maior comprometimento cognitivo após a alta⁴¹.

Os resultados deste estudo permitem a conclusão de que a baixa funcionalidade dos pacientes críticos, avaliada através do PPS \leq 60, esteve diretamente relacionada à idade dos pacientes e a presença de fragilidade. Além disso, influenciou diretamente no maior tempo de internação hospitalar, no desenvolvimento de *delirium* e na maior taxa de mortalidade hospitalar. A previsão subjetiva do médico intensivista, testada através da pergunta surpresa, mostrou-se consistente.

Pode-se inferir que os pacientes com baixa funcionalidade, frágeis, com idade avançada e/ou que permaneçam internados na UTI por mais de cinco dias, têm maior risco de morte, pertencem as fases 2

ou 3 da assistência paliativa intensiva e devem ser avaliados sob a perspectiva paliativista, sendo aconselhável a programação de conferência familiar e de metas terapêuticas.

Pode-se citar como limitações deste estudo o fato de o mesmo ter sido realizado em um único centro. Ademais, as informações obtidas dos prontuários podem estar incompletas.

Quanto à análise dos episódios de *delirium*, não foram utilizados instrumentos de detecção específicos para seu diagnóstico, tendo-se anotado os dados do prontuário, que se referiam à avaliação clínica do médico assistente, o que pode ter sido um viés do estudo.

Adiciona-se o fato de que não foi realizado seguimento dos pacientes após a alta hospitalar. Dessa forma, sugerem-se estudos futuros que avaliem a funcionalidade, a qualidade de vida e o desfecho óbito após a alta, o que poderá contribuir para uma melhor interpretação do impacto da internação na UTI na qualidade de vida, fato importante para a programação futura dos cuidados paliativos a serem oferecidos.

REFERÊNCIAS

1. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, et al. II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adulto e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva* 2011; 23 (1): 24-9.
2. You JJ, Fowler RA, Heyland DK, et al. Just ask: discussing goals of care with patients in hospital with serious illness. *CMAJ* 2014, 186(6).
3. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care Med* 2014; 42(11):2418-28.
4. You JJ, Dodek P, Lamontagne F, et al. What really matters in end-of-life discussions? Perspectives of patients in hospital with serious illness and their families. *CMAJ* 2014; 186(18) E679 -87.
5. Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, et al. The 'surprise' question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners *Palliat Med* 2014; 28(7):959-64.
6. Harrold J, Rickerson E, Carroll JT, et al. Is the palliative performance scale a useful predictor of mortality in a heterogeneous hospice population? *J Palliat Med* 2005; 8(3):503-9.

7. Myers J, Kim A, Flanagan J, et al. Palliative performance scale and survival among outpatients with advanced cancer. *Support Care Cancer* 2015; 23(4):913-8.
8. An Zeng A, Song X, Dong J, et al. Mortality in Relation to Frailty in Patients Admitted to a Specialized Geriatric Intensive Care Unit. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2015; 70(12):1586–94.
9. Bagshaw SM, Stelfox HT, McDermid RC, et al: Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: A multicentre prospective cohort study. *CMAJ* 2014; 186:E95–E102.
10. McDermid RC, Stelfox HT, Bagshaw SM. Frailty in the critically ill: a novel concept. *Crit Care* 2011; 15(1):301.
11. MacIntyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. *Respiratory Care* 2012; 57:1022-7.
12. Iwashyna TJ, Hodgson CL, Pilcher D, et al. Persistent critical illness characterised by Australian and New Zealand ICU clinicians. *Crit Care Resusc* 2015; 17(3):153-8.
13. Mitchell H, Noble S, Finlay I, et al. Defining the palliative care patient: its challenges and implications for service delivery. *BMJ Support Palliat Care* 2015; 5(4):46-52.

14. Nelson JE, Curtis JR, Mulkerin C, et al. Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: a report from the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board. *Crit Care Med* 2013; 41(10):2318-27.
15. Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, et al. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high risk patients. *Crit Care Med* 2007; 35(6):1530-5.
16. Nelson JE, Campbell ML, Cortez TB, et al. Implementing ICU Screening Criteria for Unmet Palliative Care Needs: A Guide for ICU and Palliative Care Staff. A technical assistance monograph from The IPAL-ICU Project. *New York: Center to Advance Palliative Care*; 2013. Disponível em: <http://www.capc.org/ipal-icu>.
17. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: Revised 2014. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)*. Disponível em: <http://www.goldcopd.org>.
18. Magnanini L. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saúde Coletiva* 2000; 8(2): 9-28.
19. Philippart F, Vesin A, Bruel C, et al. The ETHICA study (Part I): Elderly's thoughts about intensive care unit admission for life-sustaining treatments. *Intensive Care Med* 2013; 39:1565–73.

20. Heyland DK, Barwich D, Pichora D, et al. Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. *JAMA Intern Med* 2013; 173:778–87.
21. Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Montuclard L, et al. Decision-making process, outcome, and 1-year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission. *Intensive Care Med* 2006; 32:1045–51.
22. Boumendil A, Latouche A, Guidet B. On the benefit of intensive care for very old patients. *Arch Intern Med* 2011; 171:1116–7.
23. Huynh TN, Klerup EC, Raj PP, et al: The opportunity cost of futile treatment in the ICU. *Crit Care Med* 2014; 42:1977–82.
24. Heyland D1, Cook D, Bagshaw SM, et al. The Very Elderly Admitted to ICU: A Quality Finish? *Crit Care Med* 2015; 43(7):1352-60.
25. Khouli H1, Astua A, Dombrowski W, et al. Changes in health-related quality of life and factors predicting long-term outcomes in older adults admitted to intensive care units. *Crit Care Med* 2011; 39(4):731-7.
26. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59:255-63.

27. Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 383:752- 62.
28. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173:489-95.
29. Fassbender K, Fainsinger RL, Carson M, et al. Cost trajectories at the end of life: the Canadian experience. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38:75-80.
30. Gill TM, Allore HG, Holford TR, et al. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAMA* 2004; 292:2115-24.
31. Seow H, Barbarena L, Dudgeon D, et al. The association of the Palliative Performance Scale and hazard of death in an ambulatory cancer population. *J Palliat Med* 2013; 16 (2):156-62.
32. Lau F, Maida V, Downing M, et al. Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. *J Pain Symptom* 2009, 37(6):965-72.
33. Weng LC, Huang HL, Wilkie DJ, et al. Predicting survival with the Palliative Performance Scale in a minority-serving hospice and palliative care program. *J Pain Symptom* 2009, 37(4):642-48.

34. Harrold J, Rickerson E, Carroll JT, et al. Is the palliative performance scale a useful predictor of mortality in a heterogeneous hospice population? *J Palliat Med* 2005; 8(3):503-9.
35. Myers J, Kim A, Flanagan J, et al. Palliative performance scale and survival among outpatients with advanced cancer. *Support Care Cancer* 2015; 23(4):913-8.
36. Pintado MC, Villa P, Luján J. Mortality and functional status at one-year of follow-up in elderly patients with prolonged ICU stay. *Med Intensiva*. 2014; 38(1):1-10.
37. Nelson JE, Mulkerin CM, Adams LL. Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback. *Qual Saf Health Care* 2006; 15(4): 264–71.
38. Moss AH, Ganjoo J, Sharma S, et al. Utility of the ‘Surprise’ question to identify dialysis patients with high mortality. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3: 1379–84.
39. Pang WF, Kwan BC, Chow KM, et al. Predicting 12-month mortality for peritoneal dialysis patients using the ‘Surprise’ question. *Perit Dial Int* 2013; 33: 60–6.
40. Serpa Neto A, Assunção MS, Pardini A, et al. Feasibility of transitioning from APACHE II to SAPS III as prognostic model in a

Brazilian general intensive care unit. A retrospective study. *Med J* 2015; 133(3):199-205.

41. Salluh JIF, Wang H, Schneider EB, et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015; 350:h2538.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Checklist dos critérios de elegibilidade para avaliação paliativista em UTI



Universidade Federal de Santa Catarina
Hospital Universitário
Programa de Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos

IDENTIFICAÇÃO

Nome Paciente: _____ Leito: _____

Número Prontuário: _____ Idade: ____ Gênero: () Masculino () Feminino
TCLE: _____

Data de Internação: ____/____/____ Internação UTI: ____/____/____ Alta UTI:
____/____/____

Alta Hospital: ____/____/____ Óbito: ____/____/____

Procedência: _____

Doença Admissão UTI: _____

Doença de base: _____

CRITÉRIOS RELACIONADOS À FUNCIONALIDADE PRÉVIA DO PACIENTE	
(PPS ≤50)	
CRITÉRIOS RELACIONADOS À DOENÇA DE BASE	
Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) grave (classes II-IV) com pelo menos um dos critérios: insuficiência renal (creatinina >1.4), PAS<100, FC>100, FE <45%, Na<135mEq/l, Anemia, arritmias ventriculares resistentes a tratamento, perda funcional, co-morbidades, hospitalização recente por causa cardíaca	
DPOC severa com VEF1 < 30% e/ou duas ou mais hospitalizações no último ano por exacerbação da doença ou 2 dos critérios a seguir: caquexia, piora funcional / dependência para autocuidados, IVE, dependência de O2, idade maior que 70 anos	

APÊNDICE A (continuação).

Doença hepática crônica com Child-Pugh C ou MELD >30 ou causa da internação por sepse grave ou choque séptico			
Insuficiência renal crônica com pelo menos 2 dos critérios = Dependência total para transferência, IMC<18,5Kg/m ² , comorbidades (ICC/ Arritmia/ Neoplasia), diálise não programada			
Doença Alzheimer/Vascular Cerebral com dependência funcional e dificuldade de alimentação			
Presença de neoplasia maligna em estágio avançado - Neoplasia maligna com T igual a IV e/ou presença de metástase, causa da internação por sepse / insuficiência respiratória.			
Obesidade Mórbida - Pós-operatório com IMC>45 ou internação por intercorrência clínica com IMC>40			
CRITÉRIOS RELACIONADOS À INTERNAÇÃO/EVOLUÇÃO NA UTI			
24 horas 5dias 10 dias			
Idade ≥ 80 anos			
Insulto neurológico agudo não traumático			
Pelo menos um episódio de Delírium na UTI			
Internação hospitalar frequente			
Mais de uma admissão na UTI na mesma internação hospitalar			
Tempo de UTI maior ou igual a 5 dias			
Necessidade de Traqueostomia			
Necessidade de Diálise na UTI			
Falência de ≥2 órgão por ≥ 5 dias (doença aguda)			
Fragilidade de UTI			
OUTROS CRITÉRIOS			

Ordem para não ressuscitar			
----------------------------	--	--	--

APÊNDICE A (continuação).

Decisão prévia por tratamento paliativo			
Falta de suporte social: abandono, paciente sozinho ou asilado			
Você NÃO ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos 12 meses			

ANEXOS

ANEXO A- Palliative Performance Scale (PPS)

Tabela 4 – Escala de performance paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> , doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

ANEXO B - Escala Clínica de Fragilidade

Escala Clínica de Fragilidade		
1	Robusto	Ativo, vigoroso, muito motivado, forte; atividade física regular; apto para a idade.
2	Bem / Saudável	Sem sintomas de doenças ativas; menos apto que na categoria anterior; atividade física ocasional ou sazonal.
3	Controlado	Comorbidades; sintomas das doenças controlados; sem atividade física para além da marcha habitual.
4	Vulnerável	Sintomas de doença não controlados; independente nas atividades de vida diária; alteração na marcha (marcha lenta - "slowed down"); limitação funcional de acordo com os sintomas da doença; cansaço durante o dia.
5	Fragilidade Leve	Dependente em grau reduzido nas atividades instrumentais da vida diária (transporte, finanças, ir as compras e preparação de refeições); supervisão na tomada das medicações; supervisão da marcha no exterior.
6	Fragilidade Moderada	Dependente em grau moderado para atividade da vida diária; apoio e supervisão na marcha/subir e descer escadas dentro de casa ou necessidade de auxiliar de marcha; necessidade de ajuda e supervisão durante a noite.
7	Fragilidade Severa	Dependente em grau elevado para atividades da vida diária; dependente do cuidador por causa física ou cognitiva; estável e sem risco de morrer nos próximos 6 meses.
8	Fragilidade Muito Severa	Dependente em grau elevado para todas as atividades diárias; próximo do fim da vida; pode não se recuperar de doença menor.
9	Fragilidade Terminal	Próximo do fim da vida; expectativa de vida inferior a 6 meses; sem outra evidência de fragilidade.