

Gabriel Hahn Monteiro Lufchitz

ANÁLISE DAS VISITAS PALIATIVISTAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

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

Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Nunes de Faria Stamm

Florianópolis

2015

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

Lufchitz, Gabriel Hahn Monteiro

Análise das visitas paliativistas em uma unidade de
terapia intensiva / Gabriel Hahn Monteiro Lufchitz ;
orientadora, Rachel Duarte Moritz ; coorientadora, Ana
Maria Nunes de Faria Stamm. - Florianópolis, SC, 2015.
22 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. Medicina intensiva. 4. Terminalidade. 5.
Consultorias. I. Duarte Moritz, Rachel. II. Nunes de Faria
Stamm, Ana Maria. III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e
Paliativos. IV. Título.

GABRIEL HAHN MONTEIRO LUFCHITZ

**ANÁLISE DAS VISITAS PALIATIVISTAS EM UMA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Mestrado Profissionalizante em Cuidados Intensivos e Paliativos da Universidade Federal de Santa Catarina.

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras, Profa. Rachel e Profa. Ana Maria, cujas diferentes contribuições em seus respectivos momentos foram imprescindíveis para a conclusão deste trabalho.

À minha família, pela paciência comigo nos momentos ausentes e por todo o apoio dispensado ao longo de todo o período de construção desta obra.

RESUMO

Introdução: As ações em cuidados paliativos (CP) nas unidades de terapia intensiva (UTIs) promovem melhora na qualidade do atendimento de pacientes críticos, refletido no bom controle de sintomas e satisfação dos familiares. Existem modelos para a implementação dessas ações, sendo que na UTI do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi implementado o modelo de consultorias.

Objetivo: Identificar os temas abordados durante as consultorias em CP em uma UTI.

Método: Pesquisa com base epistemológica qualitativa com princípio na observação participante. Por meio de anotações de campo, foram registradas as verbalizações entre os consultores paliativistas e os profissionais da UTI/HU/UFSC, a data e tempo de duração das reuniões, quantidade e especialidade dos participantes, tempo entre internação e consultoria. Os dados transcritos foram avaliados pela análise temática de conteúdo, que inclui um modelo processual de análise e resumo dos textos em categorias finais de compreensão.

Resultados: Entre abril e julho de 2014 foram internados 106 pacientes nessa UTI, dos quais 14 (13,2%) receberam consultorias, com tempo médio entre admissão e discussão de 14 dias. Os médicos foram os profissionais com maior participação nas discussões, e os principais temas discutidos foram relacionados à avaliação prognóstica e preferências da família, bem como manutenção e limitação de esforço terapêutico.

Conclusão: O modelo de consultoria paliativista foi implementado na minoria dos pacientes internados nessa UTI, com intervalo médio de 14 dias entre admissão e consultoria. Os principais temas abordados foram referentes à definição prognóstica e à comunicação com a família.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Medicina Intensiva, Terminalidade, Consultorias

ABSTRACT

Introduction: Initiatives to implement Palliative Care (PC) in the intensive care unit (ICU) may improve health care for patients with serious illness through good symptom management and family satisfaction. There are models to implement these initiatives, and at University Hospital (HU) from Federal University of Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Brazil, consultative model was implemented.

Objective: To identify the contents of PC consultations carried out in the intensive care unit.

Methods: Qualitative research with epistemologic approach and principles in participant observation. Field notes were completed with dates, length of stay, number of participants and main contents from the consultations, and then qualitative content analysis was applied into the textual material, reducing texts in categories derived directly from the text data. All meeting content was included in the study.

Results: Between April and July 2014, 106 patients were admitted and 14 (13,2%) were selected to receive PC consultation. Average length of stay to receive PC consultation was 14 days. The physicians were the most participative during the meetings, and the main subjects discussed during consultations were related to prognostic uncertainty, family support and use or withdrawal of life-sustaining treatments.

Conclusions: Palliative care consultation was available for minority of inpatients in this ICU, with average length of 14 days from admission to consultation. Main contents were related to prognostic uncertainty and family communication.

Key words: Palliative care, Intensive care, Intensive care unit, Consultation

INTRODUÇÃO

A Medicina Paliativa, área médica especializada em Cuidados Paliativos (CP), busca a qualidade de vida dos pacientes que sofrem de doenças que ameaçam sua continuidade, com controle adequado dos seus sintomas e respeito a sua autonomia. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.⁽¹⁾

Desde o início dos anos 90, esse campo tem crescido exponencialmente. Embora a abordagem paliativista tenha sido inicialmente implantada na Oncologia Clínica, no mundo atual, a Medicina Paliativa vem ganhando espaço e reconhecimento no cuidado de pacientes com outras doenças crônico-degenerativas, tais como a doença pulmonar obstrutiva crônica, a insuficiência cardíaca e as doenças neurodegenerativas. Atualmente, 63% de todos os hospitais e 85% dos hospitais de médio e grande porte nos EUA possuem uma equipe de CP.⁽²⁾ No Brasil, ainda é incipiente a sua introdução, tanto nos hospitais quanto no tratamento ambulatorial ou domiciliar, sendo que nos últimos anos é que tem sido discutido no ramo da bioética, os princípios dos cuidados no final da vida.⁽³⁾

A evolução recente da medicina intensiva tem permitido a recuperação e a cura de seres humanos acometidos pelas mais adversas condições clínicas, em unidades de terapia intensiva (UTIs). Entretanto, esse aparato tecnológico tem permitido também o prolongamento do morrer, tornando essencial o treinamento do médico intensivista em Medicina Paliativa.⁽⁴⁾ São constantes os questionamentos de quais são os limites de atuação para prolongar uma vida, ou adiar a morte, e em quais situações existe a necessidade de intervir para reabilitar, curar, reverter, ou promover um fim de vida digno e confortável, dando suporte ao paciente com doença terminal e aos seus familiares. Essa realidade tem gerado uma necessidade crescente da implantação de protocolos de Cuidados Paliativos (CP) em UTIs.⁽⁵⁻⁹⁾

Na última década, vários estudos têm demonstrado os benefícios da implementação de equipes paliativistas dentro dos hospitais. Desses benefícios, destaca-se o melhor controle dos sintomas dos pacientes vítimas de doenças terminais, a maior satisfação dos seus familiares, a redução do tempo de internação e do custo com o tratamento.⁽¹⁻¹⁰⁾

Muitos são os modelos para a introdução de CP em UTIs. Entre esses, o consultivo, em que um time de consultores externos fornece

assistência aos casos selecionados pela equipe, e o integrativo, onde as ações paliativistas são inseridas na prática diária dos profissionais.⁽¹¹⁾

Para a implementação de CP no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foi organizada em 2011, a Comissão de Cuidados Paliativos e Controle da Dor (CCPD). Dentre as atividades dessa comissão, há uma reunião semanal na UTI, com a participação dos consultores paliativistas e a equipe multidisciplinar da própria unidade.

Com o intuito de identificar as principais dificuldades durante o tratamento do paciente crítico terminal, e com o intuito de otimizar os CP no hospital, especificamente na UTI, propôs-se este trabalho, cujo objetivo foi identificar os temas discutidos entre os consultores e a equipe multidisciplinar, no contexto das ações paliativistas. Secundariamente, foram avaliados o número de casos levados para discussão, o tempo entre a internação desses doentes e a consultoria paliativista, e quais categorias de profissionais participaram das reuniões.

MÉTOD

Pesquisa com base epistemológica qualitativa, tendo como princípio de delineamento a observação participante. A coleta de dados foi a partir da verbalização dos participantes nas reuniões que ocorreram entre os consultores paliativistas e os membros da equipe multiprofissional da UTI/HU/UFSC. Essas reuniões ocorrem semanalmente nesse setor, e tem duração média de 90 (noventa) minutos, tendo a participação de médicos consultores em CP, intensivistas e residentes. Também participam enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, bem como alunos da residência integrada multiprofissional em saúde, e do curso de medicina. São discutidos os casos de pacientes em estado crítico, com evolução para a terminalidade, previamente selecionados pelos médicos da unidade, de forma intencional e subjetiva, para a avaliação conjunta com os consultores paliativistas. Os casos são apresentados brevemente pelo médico residente, sendo que os participantes contribuem com informações relevantes para a tomada de decisão. Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Instituição sob o número 710.756.

Com o intuito de registrar uma amostra fidedigna dos temas envolvidos nas reuniões, foi realizado um piloto, e a amostra final foi considerada apropriada quando houve saturação dos dados. O material

resultante das verbalizações foi transcrito em formato de texto, por meio de anotações de campo, realizadas pelo observador, em fichas de documentação pré-estabelecidas, de forma estruturada e padronizada. Foi registrada em cada uma a data da reunião, o tempo de duração, a quantidade e a especialidade dos participantes, além do tempo decorrido entre a internação do paciente e a discussão do seu caso. Em campos de anotação livre, foram registrados os principais diálogos entre os participantes de cada reunião.

Para a interpretação dos dados obtidos com as transcrições, o pesquisador utilizou o método de análise de conteúdo, que inclui um modelo processual de análise e resumo dos textos originais em categorias finais de compreensão. Tais categorias deveriam representar os principais temas dentro do contexto de paliativismo na UTI (limitação de esforço terapêutico, avaliação prognóstica, entre outras). Para tanto, foi preciso inicialmente encontrar as principais categorias de conhecimento dentro dos referenciais teóricos, para posteriormente comparar com as categorias encontradas ao final do processo de análise textual. A integração das novas categorias encontradas através da análise de conteúdo foi interrompida segundo o critério da saturação teórica.⁽¹²⁾ Após o preenchimento das fichas pelo pesquisador, as notas de campo foram disponibilizadas aos participantes das reuniões para que os mesmos pudessem avaliar a veracidade dos dados obtidos. Ao término da análise de conteúdo dos textos originais, para a verificação da confiabilidade das categorias obtidas, foi solicitado a avaliação de dois médicos *experts* em CP, um interno e outro externo à equipe que participou das reuniões.

RESULTADOS

Durante o período de abril a julho de 2014, estiveram internados na UTI do HU 106 pacientes. Desse total, quatorze (13,2%) foram escolhidos pelos médicos da unidade para discussão com os consultores em CP. O tempo médio entre a admissão dos pacientes na UTI e a discussão foi aproximadamente de 14 dias, com máximo de 36 e mínimo de 2 dias. Essas discussões ocorreram ao longo de 20 reuniões, ressaltando-se que para alguns pacientes houve rediscussão do caso. Dos 14 pacientes selecionados, 12 foram à óbito ainda na UTI e 2 pacientes receberam alta da UTI mas faleceram na enfermaria do hospital.

A participação dos profissionais nas reuniões é apontada na Tabela 1, onde pode-se constatar que a profissão com maior presença nas discussões foi a médica. Os profissionais em formação (residentes) também tiveram participações relevantes, e em menor quantidade, de forma decrescente, os profissionais da fisioterapia, da enfermagem e da psicologia.

Tabela 1 – Participação dos profissionais nas reuniões paliativistas da UTI/HU/UFSC

categorias profissionais	Número médio de profissionais por reunião
Médico paliativista	2
Médico(a) do estafe	1,95
Médico(a) residente	3,7
Enfermeiro(a) do estafe	1,6
Psicólogo(a) do estafe	0,85
Fisioterapeuta do estafe	1,8
Assistente Social	0,35
Residentes multiprofissionais	2,65

Fonte: UTI/HU/UFSC. 2014.

Na tabela 2 pode ser constatado o resultado da análise do conteúdo dos textos anotados durante as reuniões, sendo apontados os temas centrais, divididos em categorias (em negrito) e subcategorias e o número de discussões que abordaram os respectivos temas.

Tabela 2 – Temas de discussão entre os consultores em CP e a equipe multidisciplinar da UTI

Categorias discutidas	Número de discussões N=20	Porcentagem (%)
Tomada de decisão complexa	20	100
Avaliação prognóstica	19	95
Avaliação de compreensão e de preferência da família	16	80
Limitação de esforço terapêutico	8	40
Introdução de metas terapêuticas	7	35
Comunicação baseada nos valores do paciente e familiares	5	25
Autonomia do paciente	4	20
Procedimentos técnicos	8	40
Extubação paliativa	4	20
Indicação de traqueostomia	3	15
Sedação paliativa	2	10
Conflitos	4	20
Conflitos envolvendo a equipe	3	15
Conflitos entre equipe/familiares	2	10
Cuidados centrados na família	4	20
Cuidado paciente/família após alta	2	10
Acolhimento na UTI	1	5
Cuidado em caso de morte	1	5
Controle de sintomas	1	5
Pacientes sem suporte social	1	5

Fonte: UTI/HU/UFSC. 2014

DISCUSSÃO

Neste trabalho pode-se constatar que aproximadamente um décimo dos pacientes internados foram selecionados para discussão paliativista e, que o profissional com participação preponderante foi o médico. As categorias que foram levadas à discussão corresponderam aos domínios da medicina paliativa em UTI, abrangendo principalmente tópicos relacionados à tomada de decisão complexa. Esses resultados coincidem com a literatura revisada⁽⁵⁻¹¹⁾.

Durante os 4 meses deste estudo, somente 13,2% dos pacientes internados na UTI foram selecionados para consultorias em CP, sendo verificado um tempo médio entre a admissão do paciente e a discussão do caso de aproximadamente 14 dias. Embora possa parecer desalentador que uma percentagem baixa de pacientes tenha sido selecionada para consultoria, resultados ainda menores são apontados na literatura. Um estudo realizado por Villarreal et al. (2011) em uma UTI de um hospital norte-americano mostrou que apenas 5% dos pacientes internados recebiam consultoria em CP.⁽⁹⁾ Outro trabalho norte americano rastreou pacientes durante a admissão na UTI para identificar quais deles seriam candidatos a receber CP na UTI; de todos os pacientes rastreados positivamente, apenas 8% deles receberam pedido de consultoria em CP, com tempo médio de 14 dias entre a admissão e a avaliação dos consultores.⁽¹³⁾

Algumas barreiras para que esses pacientes candidatos possam ter acesso aos CP na UTI podem ser citadas. Em primeiro lugar, a capacidade médica de prognosticar muitas vezes é sem exatidão, o que gera uma inércia prognóstica e um atraso no acesso do paciente aos CP. Por outro lado a formação do médico intensivista é deficiente no que concerne aos CP e, a dinâmica operacional das UTIs não é direcionada para a oferta desses cuidados. Nesse contexto, os cuidados de fim de vida não são, via de regra, priorizados.^(14,15)

Neste estudo foi avaliado o modelo de consultorias em CP aplicado na UTI/HU/UFSC, não podendo ser detectado se houve ou não um aumento desses cuidados na unidade. Entretanto, pode-se inferir que essas reuniões tenham sido um “gatilho” para discussão com enfoque paliativista dos casos de pacientes críticos selecionados. Estudos revisados demonstram iniciativas para que haja uma identificação e seleção precoces dos pacientes críticos que devam receber CP de forma

preferencial.⁽¹⁴⁻¹⁸⁾ Uma das principais estratégias para esse fim é a utilização de critérios clínicos que possam funcionar como “gatilhos” para a consultoria em CP. Tais critérios podem incluir características do paciente (capacidade funcional de base, idade avançada ou presença de doença maligna avançada) e distúrbios agudos selecionados (acidente vascular cerebral difuso pós-parada cardiorrespiratória, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas prolongada). Em algumas UTIs, um consultor paliativista pode participar rotineiramente dos *rounds* na UTI para ajudar na identificação dos pacientes e/ou familiares candidatos aos CP.^(9,13,14) No estudo citado de Villarreal et al. (2011), foi detectado que a introdução de rounds com abordagem paliativista na UTI aumentou de 5% para 21% o fornecimento destes cuidados aos pacientes críticos.⁽⁹⁾ O estudo de Norton et al. (2007) mostrou que o rastreamento na UTI proporcionou um aumento de 8% para 25% da oferta de consultoria paliativista aos pacientes, e que houve um encurtamento do tempo médio entre a admissão e a consultoria de 14 para 4,9 dias.⁽¹³⁾

Os resultados deste trabalho permitiram a constatação de que houve participação primordial dos médicos durante as reuniões paliativistas. Uma possível explicação para esse fato encontra-se no papel essencial do médico no processo de tomada de decisões,⁽¹⁹⁾ ressaltando-se a responsabilidade desta categoria profissional na prescrição de terapias específicas. Foi também notado que os profissionais da enfermagem tiveram pequena presença das reuniões. Em muitas ocasiões o principal argumento para essa pouca participação foi a de que esses profissionais não poderiam se afastar de suas atividades assistenciais. Deve-se lembrar que uma desvantagem do modelo consultivo, avaliado neste estudo, é a falta de incentivo da equipe da UTI em aprimorar-se nos conceitos e técnicas de CP, principalmente quando os consultores são externos, ou seja, quando não integram a equipe da UTI.⁽⁵⁾

Com relação ao conteúdo debatido nas reuniões analisadas, todas as discussões envolveram o tema central de “tomada de decisões complexas”. As subcategorias que tiveram maior destaque foram: avaliações prognósticas e avaliações de compreensão e preferências da família.

A avaliação prognóstica é uma das tarefas chave do serviço de CP hospitalar.^(19,20) Um estudo dentro de um hospital norte americano mostrou que 95% dos 325 encaminhamentos para um serviço de CP foram efetuados para esse fim,⁽²¹⁾ número semelhante aos 90% das discussões envolvendo essa habilidade no presente estudo. Foi também constatado que as discussões envolvendo avaliações prognósticas

ocorreram dentro de duas possibilidades: 1) profissionais chegando a um consenso sobre a estimativa prognóstica e 2) profissionais divergindo sobre a estimativa prognóstica. Pôde-se perceber que houve uma dificuldade em avançar no processo de tomada de decisões quando havia incerteza prognóstica. Muitas são as razões para essa dificuldade, sendo apontadas causas como a falta de treinamento e a incerteza inerente ao processo de prognosticar. Outras barreiras para o desenvolvimento do prognóstico entre médicos estão sendo investigadas, como o envolvimento emocional de prever e comunicar o prognóstico, bem como o tempo dispendido pelo médico para comunicar-se com o paciente e os familiares sobre o prognóstico.^(15,20) O fragmento a seguir foi retirado de um dos textos transcritos da fala de um médico intensivista: “(...) é um prognóstico que não tem como definir, pelo pouco tempo de evolução e pela falta de um diagnóstico preciso”. Essa concepção de que o raciocínio prognóstico deve ser determinístico em relação ao processo de tomada de decisões leva muitas vezes ao erro e gera conflitos. Como consequência a definição de um mal prognóstico é evitada, gerando uma “inércia prognóstica”, com a manutenção de terapias fúteis.⁽²²⁾ A respeito deste tema, destaca-se as palavras do Juiz de Direito da 14ª. Vara do Distrito Federal, ao dar sua sentença definitiva sobre a legitimidade da resolução 1805/06 do Conselho Federal de Medicina “*Vale salientar que a dificuldade em estabelecer a terminalidade não é menor ou maior que outras dificuldades enfrentadas pelos profissionais da medicina, ao diagnosticar uma doença rara ou ao optar por um tratamento em lugar de outros, sabendo-se que uma posição não exata poderá trazer consequências distintas para o paciente. Isso porque não existe 100% de certeza na medicina. Assim, desejar que os médicos atuem frente a um doente terminal com absoluta certeza a inevitabilidade da morte não é um argumento válido para recusar a legitimidade da ortotanásia, porque a exigência é incompatível com o próprio exercício da Medicina, que não pode se obrigar a curar o paciente, mas pode comprometer-se a conferir-lhe a maior qualidade de vida possível, diante do seu estado e dos recursos técnicos existentes*”.⁽²³⁾ Também é importante acrescentar que a avaliação de um grupo especializado, no caso dos consultores paliativistas, pode auxiliar a equipe tanto na condução da tomada de decisão quanto na melhor elaboração do raciocínio prognóstico e na comunicação das incertezas.

A avaliação da compreensão e das preferências da família durante as reuniões também foi uma das subcategorias mais citadas pelos

participantes deste trabalho. O grau de envolvimento dos familiares em decisões clínicas depende de uma série de fatores, dos quais destaca-se as preferências de cada família. Alguns familiares tendem a ter um papel mais ativo nas discussões clínicas; por outro lado, existem aqueles que preferem manter-se mais distanciados. A avaliação dessas preferências neste estudo foi 4 (quatro) vezes mais prevalente quando comparadas com as discussões sobre a autonomia do paciente. Esse fato pode ser explicado pelas características do paciente crítico que geralmente está sob sedação profunda e muitas vezes é acometido de doença aguda ou de intercorrência aguda de enfermidade crônico-degenerativa não terminal. Dessa forma é praticamente nula a constatação de diretivas antecipadas da vontade ou de curantelismo. Adiciona-se a realidade do pouco conhecimento no Brasil sobre a possibilidade da elaboração dessas diretivas assim como a questão cultural do povo brasileiro que leva ao afastamento das discussões sobre o final da vida. Dessa forma, a avaliação da compreensão e das preferências presuntivas do paciente e dos seus familiares assim como a interpretação da autonomia presuntiva, detectada pela constatação de desejos prévios do paciente, adquirem especial importância, como segundo passo para a tomada de decisão na UTI.⁽¹⁹⁾

A avaliação prognóstica e a adequada comunicação com a família devem ocorrer, de forma concomitante, para uma tomada de decisão compartilhada. Neste estudo em 80% das discussões houve debate sobre a necessidade da otimização da comunicação com a família e em 90% sobre a avaliação prognóstica. É importante ressaltar que o médico não deve confundir decisão terapêutica com autonomia do paciente. Não cabe ao paciente ou seus familiares decidirem questões técnicas que exigem conhecimento complexo.

A análise dos conteúdos das discussões deste trabalho permitiu a verificação de que, após o debate sobre o prognóstico e sobre as preferências dos familiares, os temas mais presentes foram as limitações de esforço terapêutico curativo/restaurativo (LET), em 40% das reuniões, e a manutenção de esforços com definição de metas terapêuticas, em 35% dos casos. Constatou-se uma dicotomia: quando havia consenso entre a avaliação prognóstica e a compreensão e preferências da família, as decisões encaminhavam-se para LET. Por outro lado, quando não havia esse consenso as decisões dirigiam-se para a manutenção dos esforços terapêuticos e estipulação de metas terapêuticas. Essa opção, também é chamada de “*time-limited trial*”, isto é, o período em que o tratamento curativo-restaurativo é mantido por alguns dias ao invés de ser decidido por LET, e vem ganhando reconhecimento em outros trabalhos.^(13,19) Na

defesa deste tempo para um melhor julgamento, é apontado que poucos dias podem ser suficientes para a família assimilar a situação de terminalidade ou para que algum profissional, que ainda esteja em dúvidas sobre a avaliação prognóstica, possa ganhar confiança na tomada de decisões. Dessa forma maiores conflitos poderão ser evitados. É importante ressaltar que embora tenha sido discutida com bastante frequência a necessidade de LET, procedimentos técnicos para esse limite tais como, extubação paliativa, sedação paliativa ou indicação de traqueostomia, foram pouco abordados. Poder-se-ia inferir que os médicos possuem menos dificuldade em procedimentos técnicos e que a tomada de decisão de LET ainda podem ser interpretadas como uma abreviação da vida e conseqüentemente confundidas, de forma errônea, com eutanásia. Vale frisar que a retirada de uma terapia fútil jamais promove a eutanásia e sim, evita a distanásia. Saliencia-se ainda que no presente estudo foram consideradas na mesma categoria a recusa e a suspensão de tratamentos fúteis, porém podem existir diferentes pontos de vista acerca das duas opções, motivadas por diferenças culturais, econômicas e éticas, e que interferem diretamente na conduta dos diferentes profissionais.^(24,25)

Nos debates anotados neste estudo, quanto à categoria de tomada de decisões complexas, as estratégias de comunicação obtiveram menor relevo dentre os temas abordados (25% das discussões). No contexto paliativista, a comunicação de más notícias e a comunicação da transição entre os objetivos/foco do tratamento são consideradas primordiais. Pode demonstrar a dificuldade da comunicação em situações de terminalidade o trecho transcrito da fala de um médico: “(...) eu também tenho dúvidas quanto a família aceitar que ela vai ter sequelas, se eles acham que é aceitável, como colocar isso para eles?(...)”. Esse trecho leva a hipótese de que o médico não se permite ter dúvidas e tem dificuldade de separar seus sentimentos com os dos pacientes/familiares.

As principais dificuldades em relação à comunicação encontradas pelos participantes coincidiram com a literatura revisada⁽²⁶⁾: 1) mudança do tratamento com foco na cura para o foco no conforto; 2) mudança do foco do conforto para o preparo para a morte; 3) discussão/comunicação de prognósticos ruins num curto espaço de tempo; 4) conversas sobre expectativas fora do contexto real. Sabe-se que, somente nos últimos anos, a comunidade médica vem compreendendo que a comunicação é uma habilidade complexa, que exige intenso treinamento,⁽²⁷⁾ e que pode interferir diretamente em desfechos importantes dentro do cuidado com o paciente internado em UTIs.⁽²⁸⁾ Da perspectiva do médico, a comunicação de más notícias e as discussões envolvendo transições de planos de

cuidados entre terapias com intenção curativa para o tratamento paliativo, são naturalmente carregadas de emoções e são sempre tarefas de grande desafio técnico. Essa pode ser uma justificativa para que tenham sido detectadas neste trabalho poucas discussões envolvendo estratégias de comunicação.

Durante as reuniões deste estudo, outros conflitos foram apontados. Destaca-se a seguinte fala: “(...) acho que podemos dar um tempo para a família e para a colega se sentir mais confortável(...)”. Esse trecho demonstra o contexto de dúvidas e incertezas que permeia as discussões sobre terminalidade de pacientes críticos, gerando um ambiente propício para conflitos acerca dos objetivos do tratamento. Azoulay et al. (2009) realizaram um estudo em diversas UTIs e mostraram que os principais conflitos aconteciam em proporções semelhantes entre médicos(as) e enfermeiros(as), entre a própria equipe de enfermagem e entre a equipe e os familiares.⁽²⁹⁾ As principais causas de conflitos apontadas pelos autores foram fatores pessoais, como animosidade e falta de confiança, além de falhas de comunicação.

Os cuidados centrados na família constituem importante área de conhecimento dentro dos CP. Entretanto, como categoria ou tema de discussão tiveram pouca relevância no presente estudo. Uma possível causa para esse fato pode ser de que tenha sido dada uma maior importância aos outros temas e que tenha havido pouco tempo disponível nas reuniões para avaliações de temas referentes à continuidade do cuidado ou ao período de luto. Associa-se o fato de que houve pouca participação de outras categorias profissionais, que normalmente auxiliam o trabalho com as famílias dentro do contexto paliativista, e que os médicos, principais colaboradores das discussões, preocuparam-se primordialmente com a tomada de decisão.

Diante dos resultados apontados neste estudo pode-se concluir que poucos pacientes críticos foram selecionados para receber consultorias em CP, que o período médio entre a internação do paciente e a discussão paliativista foi maior do que o indicado (14 dias), que os médicos constituíram a categoria profissional com maior participação nas reuniões e que foram mais abordados os aspectos relacionados a tomadas de decisões complexas principalmente quanto às avaliações prognósticas e à compreensão e preferências dos familiares.

Esses resultados permitem a sugestão de que haja um maior incentivo para a inclusão do ensino da Medicina Paliativa, principalmente no que concerne a elaboração prognóstica, tanto nas áreas de graduação quanto de pós-graduação.

Como limitações deste trabalho, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, em que a amostra é intencional, os resultados não podem ser extrapolados universalmente. A frequência semanal das consultorias diminuiu o número de pacientes que poderiam beneficiar-se dessa iniciativa e que poderiam ter sido incluídos neste estudo; destaca-se ainda a impossibilidade de gravação das falas dos participantes das reuniões, pois não houve um acordo para a utilização desse método de coleta de dados. Assim, a reprodução das falas por meio das anotações de campo foi influenciada pela seletividade do pesquisador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MORITZ, Rachel Duarte et al. II Fórum do: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.24-29, 2011.
2. VOELKER, Rebecca. Hospital Palliative Care Programs Raise Grade to B in New Report Card on Access. **JAMA**, [s.l.], v. 306, n. 21, p.2313-2314, 7 dez. 2011.
3. MORITZ, Rachel Duarte. Cuidados Paliativos na UTI: Definições e aspectos ético-legais. In: MORITZ, Rachel Duarte (Org.). **Cuidados Paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012. Cap. 3. p. 19-31.
4. LAMAS, Daniela. Chronic Critical Illness. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 370, n. 2, p.175-177, 9 jan. 2014.
5. NELSON, Judith E. et al. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 38, n. 9, p.1765-1772, 2010.
6. NELSON, Judith E. et al. Choosing and Using Screening Criteria for Palliative Care Consultation in the ICU. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 41, n. 10, p.2318-2327, 2013.

7. NELSON, Judith E. et al. Integration of Palliative Care in the Context of Rapid Response. **Chest**, [s.l.], v. 147, n. 2, p.560-569, 1 fev. 2015.
8. FRONTERA, Jennifer A. et al. Integrating Palliative Care Into the Care of Neurocritically Ill Patients. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 43, n. 9, p.1964-1977, 2015.
9. VILLARREAL, Deborah et al. A Model for Increasing Palliative Care in the Intensive Care Unit: Enhancing Interprofessional Consultation Rates and Communication. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [s.l.], v. 42, n. 5, p.676-679, nov. 2011.
10. TEMEL, Jennifer S. et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 363, n. 8, p.733-742, 19 ago. 2010.
11. ASLAKSON, Rebecca A.; CURTIS, J. Randall; NELSON, Judith E. The Changing Role of Palliative Care in the ICU. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 42, n. 11, p.2418-2428, 2014.
12. FLICK, Uwe. Codificação e categorização. In: FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 23. p. 276-297.
13. NORTON, Sally A. et al. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: Effects on length of stay for selected high-risk patients. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 35, n. 6, p.1530-1535, 2007.
14. HUA, May S. et al. Estimates of the Need for Palliative Care Consultation across United States Intensive Care Units Using a Trigger-based Model. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 189, n. 4, p.428-436, 15 fev. 2014.
15. KAVALIERTOS, D. et al. "Not the 'grim reaper service'": an assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure: An Assessment of Provider Knowledge, Attitudes, and Perceptions Regarding Palliative Care Referral Barriers in Heart Failure. **Journal Of The American Heart Association**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.1-11, 23 dez. 2013.

16. ZALENSKI, R. et al. Evaluation of screening criteria for palliative care consultation in the MICU: a multihospital analysis. **BMJ Supportive & Palliative Care**, [s.l.], v. 4, n. 3, p.254-262, 28 abr. 2014.
17. CREUTZFELDT, Claire J. et al. Palliative Care Needs in the Neuro-ICU. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 43, n. 8, p.1677-1684, 2015.
18. O'MAHONY, S. et al. Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. **Palliative Medicine**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.154-165, 13 out. 2009.
19. GRISTINA, Giuseppe R. et al. End of life care in Italian intensive careunits: where are we now? **Minerva Anestesiologica**, [s.l.], v. 77, n. 9, p. 911-920, 2011
20. GLARE, Paul A.; SINCLAIR, Christian T. Palliative Medicine Review: Prognostication. **Journal Of Palliative Medicine**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.84-103, jan. 2008.
21. MANFREDI, Paolo L et al. Palliative Care Consultations. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [s.l.], v. 20, n. 3, p.166-173, set. 2000.
22. FORTE, Daniel Neves. Predições probabilísticas em Cuidados Paliativos. In: MORITZ, Rachel Duarte (Org.). **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012. Cap. 5. p. 41-52.
23. BRASIL. Tribunal Regional Federal. Sentença nº 2007.34.00.014809-3. Relator: Relator Roberto Luis Luchi Demo. **do Exposto Revogo A Antecipação de Tutela Anteriormente Concedida e Julgo Improcedente O Pedido**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://processual.trf1.jus.br>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
24. PHUA, Jason et al. Withholding and Withdrawal of Life-Sustaining Treatments in Intensive Care Units in Asia. **Jama Internal Medicine**, [s.l.], v. 175, n. 3, p.363-371, 1 mar. 2015.
25. MARK, N. M. et al. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a

systematic review. **Intensive Care Medicine**, [s.l.], v. 41, n. 9, p.1572-1585, 23 abr. 2015

26. YOU, John J. et al. Barriers to Goals of Care Discussions With Seriously Ill Hospitalized Patients and Their Families. **Jama Internal Medicine**, [s.l.], v. 175, n. 4, p.549-556, 1 abr. 2015

27. ARNOLD, Robert M. et al. The Critical Care Communication project: Improving fellows' communication skills. **Journal Of Critical Care**, [s.l.], v. 30, n. 2, p.250-254, abr. 2015.

28. LAUTRETTE, Alexandre et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 356, n. 5, p.469-478, fev. 2007.

29. AZOULAY, Élie et al. Prevalence and Factors of Intensive Care Unit Conflicts. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 180, n. 9, p.853-860, nov. 2009.

