

AUTORES

Leonardo Tedesco Totola ¹; Marcus Baia Fonseca ¹; Sangia Feucht Freire Nasser Barbosa da Silva ¹; Giani Bianchi Soares ¹; Vivian Peixoto Costa ¹; Monique Almeida Carvalho ¹; Guilherme Iglezia Santos ¹; Délio Tiago Martins Malaquias ¹; Elisa Favareto Prezotto ¹; Pietro Gabriel Rabello Dixini ¹; Carlos Eduardo de Souza Maciel ¹; Ana Beatriz Uta Ramos ¹; Geórgia Leite Aragão Pereira ¹; Regilane da Silva ¹; Thiago Augusto Rochetti Bezerra ¹.

RESUMO

O Paciente em condições terminais necessita muitas das medidas curativas/restaurativas. Os Cuidados paliativos na UTI dentro da UTI são fundamentais ao paciente crítico e tem como objetivo primário o bem-estar do paciente, permitindo-lhe uma morte tranquila e digna. Objetivos: Realizar uma Revisão Bibliográfica a respeito da importância da capacitação dos profissionais de saúde na implementação dos cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva. Metodologia: Este estudo é de natureza descritiva, e utilizou como metodologia a revisão da literatura de estudos publicados sobre CP em unidades de cuidados intensivos. Discussão: Para o trabalho em CP, os profissionais de saúde necessitam de uma formação acadêmica que abranja essa temática. Nenhuma ciência ou especialidade separadamente consegue abranger a complexidade da existência humana, por isso a necessidade de uma equipe multiprofissional para lidar com todas as dimensões e formas de cuidar, buscando a redução do sofrimento e da dor, e consequentemente a qualidade de vida do sujeito e de seus familiares. Considerações Finais: Os médicos não são adequadamente treinados durante a sua formação e muitos acham que o farão empiricamente. A formação de ligas acadêmicas tais como a deste grupo de alunos de Medicina podem ajudar a contornar a carência de informação sobre os cuidados paliativos nos currículos dos cursos da área da saúde.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Unidade de Terapia Intensiva, gestão da UTI associada aos Cuidados Paliativos, capacitação profissional e a psicologia hospitalar.

ABSTRACT

Introduction: The patient in terminal conditions needs many curative/restorative measures. Palliative care in the ICU within the ICU is essential for critically ill patients and its primary objective is the patient's well-being, allowing them to die peacefully and with dignity. Objectives: To carry out a Bibliographic Review regarding the importance of training health professionals in the implementation of palliative care in intensive care units. Methodology: This study is descriptive in nature, and used as a methodology the literature review of published studies on PC in intensive care units. Discussion: To work in PC, health professionals need academic training that covers this topic. No separate science or specialty can encompass the complexity of human existence, hence the need for a multidisciplinary team to deal with all dimensions and forms of care, seeking to reduce suffering and pain and consequently the quality of life of the subject and of others, their family members. Final Considerations: Physicians are not adequately trained during their education and many believe that they will do it empirically. The formation of academic leagues such as this group of medical students can help overcome the lack of information on palliative care in health courses.

Keywords: Palliative Care, Intensive Care Unit, management associated with Palliative Care, professional training and hospital psychology.

1. Discente em Medicina. Universidade de Ribeirão Preto, Campus Guarujá/SP. Integrante da LATICP - Liga Acadêmica de Terapia Intensiva e Cuidados Paliativos/ UNAERP/ Campus Guarujá.

Autor de correspondência

Thiago Augusto Rochetti Bezerra - rochetti.sef@gmail.com



INTRODUÇÃO

Toda e qualquer situação que precipite uma admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) pode levar à piora irreversível dos sintomas de uma doença crônica ou de um evento agudo ¹.

Em algumas situações, a morte é inevitável e retardada somente com elevados custos psicológicos, sociais e financeiros para todas as partes envolvidas neste processo (paciente, família e profissionais de saúde) ².

Desta forma, os aspectos associados a fatores como a dificuldade do tratamento de um doente terminal em seu lar, levaram à morte institucionalizada ³.

Faz-se necessário o planejamento assistencial na perspectiva dos cuidados paliativos no contexto é incipiente; elencam-se desafios para a prática e preocupa-se em humanizar a assistência ⁴.

São determinadas usualmente três categorias abrangem particularidades contextuais pela gravidade dos casos, sendo a primeira a fases da doença e tratamentos, posteriormente a terminalidade da vida, e por último a utilização de medicalização e dificuldades gerenciais ⁵.

Após avaliação médica de maneira crítica a irreversibilidade da doença é definida de forma consensual a, baseada em dados objetivos e subjetivos. Ao se estabelecer este diagnóstico, os cuidados paliativos constituem o objetivo principal da assistência ao paciente ⁶.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cuidados paliativos são as ações ativas e integrais prestadas a pacientes com doença progressiva e irreversível, e a seus familiares.

Nesses cuidados é fundamental o controle da dor e demais sintomas mediante a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual ⁸.

Os trabalhos feitos pela equipe de saúde através de ações paliativas são definidos como medidas terapêuticas, sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente. Desta forma, os cuidados ao fim da vida são aqueles prestados aos familiares e aos pacientes em fase aguda e de intenso sofrimento, na evolução final de uma doença terminal, num período que pode preceder horas ou dias o óbito ⁴.

É fundamental neste processo que os cuidados prestados ao paciente crítico em estado terminal, quando a cura é inatingível. Nesta situação, o objetivo primário é o bem-estar do paciente, permitindo-lhe uma morte digna e tranquila ³.

A equipe multiprofissional em consonância com o paciente (se capaz), seus familiares ou seu representante legal devem priorizar os cuidados paliativos e a identificação de medidas estabelecidas de forma consensual. Após definidas, as ações paliativas, devem ser registradas de forma clara no prontuário do paciente ⁷.

Durante o tratamento de um paciente em condições terminais muitas das medidas curativas/restaurativas, podem configurar tratamento fútil, tais como: nutrição parenteral ou enteral, administração de drogas vasoativas, terapia renal substitutiva, instituição ou manutenção de ventilação mecânica invasiva e, inclusive, a internação ou permanência do

paciente na UTI ⁶.

Em alguns casos é comum existir conflito durante a tomada de decisão de um tratamento paliativo. Habitualmente sugere-se que as chefias da UTI levem o fato ao conhecimento da direção da instituição para que esta, através de seus instrumentos (Comissão de Ética, Bioética, etc) viabilize a intermediação necessária ⁷.

Os Cuidados paliativos na UTI são os cuidados prestados dentro da UTI ao paciente crítico em condição terminal, quando a cura é inatingível e, portanto, deixa de ser o foco da assistência. Tem como objetivo primário o bem-estar do paciente, permitindo-lhe uma morte tranquila e digna ².

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Realizar uma Revisão Bibliográfica a respeito da importância da capacitação dos profissionais de saúde na implementação dos cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva.

Objetivo Específico

Discorrer a respeito do diagnóstico da doença terminal, conceitos sobre cuidados paliativos (CP), a gestão da UTI associada aos CP, capacitação profissional e a psicologia hospitalar.

METODOLOGIA

Este estudo é de natureza descritiva, e utilizou como metodologia a revisão da literatura de estudos publicados sobre CP em unidades de cuidados intensivos.

Foram utilizados os portais; The National Library of Medicine (NCBI) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos quais foram acessadas as seguintes fontes de pesquisa: Cochrane Library, IBECs, Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed.

As palavras-chave empregadas para a busca foram “cuidados paliativos (CP)” e “unidade de terapia intensiva”, “diagnóstico da doença terminal e as fases do luto”, “conceitos sobre CP”, “a gestão da UTI associada aos CP”, “capacitação profissional”, “Psicologia Hospitalar”.

Os artigos selecionados foram lidos em sua versão completa e suas listas de referência foram pesquisadas manualmente em busca de adicionais publicações relevantes.

Foram considerados um total de 34 artigos para este estudo de revisão. O tipo de estudo foi baseado em método descritivo. Após revisão de literatura e busca por trabalhos relevantes e condizentes com o tema proposto neste artigo, foram realizadas as análises textuais, análise temática, e interpretativa.

REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor elucidar este estudo de Revisão, os tópicos abordados estão divididos de acordo com o título subsequente.

DIAGNÓSTICO DA DOENÇA TERMINAL E AS FASES DO LUTO

Ao ser diagnosticado o quadro terminal o paciente e seus familiares passam por um processo de luto, no qual estão inclusas cinco

fases: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Porém nem todos os pacientes passarão por todas as fases e nem se dará em ordem cronológica. Cada paciente e familiar passará por essas fases de uma forma própria e em ordem diferente ⁸.

A fase descrita como “negação e isolamento” é entendida como uma medida radical do paciente após receber uma notícia inesperada no qual não quer acreditar que isso está acontecendo, além de ser uma defesa do paciente e dos familiares frente a essa nova realidade. O estágio “raiva” surge quando o paciente já não consegue mais manter-se no isolamento e na negação e é movido por sentimentos de raiva e de barganha ⁹.

A fase da “barganha” é caracterizada como o momento no qual o sujeito tenta negociar, normalmente com Deus, a fim de conseguir mudar a situação difícil que está sendo vivenciada. É uma fase de curta duração na qual é comum o aparecimento de promessas. É uma tentativa, do paciente e dos familiares, de tentar adiar o fim que é inevitável e irremediável, prometendo que se o caso for revertido, o paciente apresentará boas condutas e mudanças de comportamento ¹⁰.

No estágio denominado de “depressão” o paciente já não tem mais como negar a presença da doença devido aos procedimentos necessários e as internações cada vez mais frequentes. E, ao invés de apresentar comportamentos de raiva, começam a surgir os sentimentos de perdas simbólicas e reais. É válido ressaltar que essa depressão não diz respeito ao transtorno depressivo e se faz necessária para que o sujeito

possa chegar ao estágio de “aceitação” que se configura como o momento em que o sujeito já conseguiu elaborar as perdas (lugares, familiares, objetos) e se apresenta tranquilo para encarar a morte. Nesse momento o paciente mostra-se bastante cansado e frágil, tendo consciência de que não adianta mais lutar contra a morte ¹¹.

Os estilos de enfrentamento utilizados para superar momentos difíceis no decorrer da vida sofrem forte influência da forma de apego que é desenvolvida ao longo das relações estabelecidas. Em síntese, a família vivencia muitas perdas ao longo do diagnóstico, tratamento e evolução para morte de um membro da família, sejam elas reais ou simbólicas, perda de lugares, de pessoas, de espaço ocupados, entre outros. Quanto às fases do luto, são essenciais para que os sujeitos possam chegar à aceitação, à resignificação, atribuindo outro sentido a experiência dolorosa. E para conseguir lidar com esse período de sofrimento, utilizam-se de algumas formas de enfrentamento que se alteram de acordo com as experiências vivenciadas anteriormente ¹².

CUIDADOS PALIATIVOS

Quando se trata de CP, é imprescindível falar da filosofia dos Hospices. Derivada do latim hospes, que significa estranho, a palavra hospice atualmente é utilizada para denominar o local que acolhe e cuida de pessoas que estão em um estágio em que a doença é incurável e que estão em processo de terminalidade ¹³.

O CP é uma atividade complexa, que invariavelmente dispende muita energia dos seus cuidadores e profissionais de saúde. Além disto,

é necessário de disponibilizar tempo para ouvir as carências sociais, espirituais e emocionais dos pacientes ¹³.

A história dos CP no Brasil é recente, sendo que seu início é relatado por volta de 1980.

Em 1997, foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), composta por um grupo de profissionais manifestaram forte interesse na temática. Em 2005 foi criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) ¹⁴.

A medicina paliativa prega que mesmo quando não há o que fazer para devolver a saúde ou promover a cura do paciente, ainda se tem muito o que fazer por aquele paciente no sentido de possibilitar o desenvolvimento de recursos de enfrentamento diante do processo de adoecimento, resgatando a autoestima e estabilidade, sendo dessa forma, essencial a

participação do psicólogo em uma equipe de CP ¹⁴.

Em conformidade com a ideia acima, defende que ainda que não existam possibilidades curativas, o paciente deve ser cuidado e respeitado, tendo em vista a sua dimensão humana e subjetiva. É preciso levar em consideração os aspectos sociais espirituais e psicológicos, visto que uma doença terminal traz implicações biopsicossociais para a vida do indivíduo e também para os profissionais da equipe de saúde e familiares, pois torna consciente o processo de finitude da vida ¹⁴.

O paciente não é apenas um aspecto (biológico, social, espiritual, psicológico) e por isso deve ser cuidado e atendido em todos os seus aspectos, visto que se um não funcionar os demais são afetados ¹⁴.

A FIGURA 1 demonstra o Papel dos Cuidados Paliativos durante a doença e o luto.



Figura 1. Papel dos Cuidados Paliativos durante a doença e o luto ¹⁷.

Para o trabalho em CP, os profissionais de saúde necessitam de uma formação acadêmica que abranja essa temática. Nenhuma ciência ou especialidade separadamente consegue abranger a complexidade da existência humana, por isso a necessidade de uma equipe multiprofissional para lidar com todas as dimensões e formas de cuidar, buscando a redução do sofrimento e da dor e conseqüentemente a qualidade de vida do sujeito e de seus familiares ¹⁵.

Encarar um paciente terminal é algo extremamente desconfortante para os profissionais, ao passo que isso conduz para a própria finitude. O diagnóstico já coloca o paciente diante de sua morte e cabe ao profissional estabelecer uma relação de confiança, no qual seja explicado que estará à disposição do paciente e seus familiares no processo de recuperação e quando não for mais possível curar, estará ao lado aliviando as dores e fazendo o que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida ¹⁶.

Os CP apresentam princípios norteadores para a atuação dos profissionais, são eles: promoção do alívio de dor e sintomas encarados pelo paciente e seus familiares como sendo estressantes; reafirmação da vida e encara a morte como sendo natural para a vivência humana; não visa nem adiar nem aproximar a morte; mas favorece seu acontecimento no tempo certo; integração de perspectivas sociais, psicológicas e espirituais ao cuidado; oferecimento de suporte para que o paciente possa viver da forma mais ativa possível até a morte; oferta suporte para que os familiares sintam-se acolhidos e amparados no decorrer de todo o processo ¹⁷.

Nos CP, o foco não é a doença, mas sim

o sujeito que deve ser respeitado, informado e consciente de todo o processo que ocorre. É um fazer multiprofissional que preconiza individualidade na atenção ao doente e seus familiares, buscando erradicar o sofrimento ^{18 - 19}.

Em suma, ainda é pouco falado dos cuidados paliativos na concepção dos familiares, mas se configura como uma forma de cuidado importante ao passo que produz qualidade de vida para a família e para o paciente. Na concepção dos profissionais, a experiência em cuidados paliativos é diferenciada e demanda maior cuidado e preparação técnica e humanitária para interagir de forma satisfatória com aqueles que necessitam de cuidados. E os cuidados paliativos prezam pela qualidade de vida e de morte do paciente, sendo baseados em princípios ²⁰.

O luto pela perda de um ente querido é uma experiência subjetiva vivida de formas e intensidades diferentes, e dependerá da quantidade e da qualidade do afeto investido naquele que morreu. A dor provocada pela perda de alguém querido toma proporções significativas nas esferas emocionais e psíquicas de todos os envolvidos no processo ²¹.

Mesmo diante de todos os avanços alcançados pela medicina e pela ciência, a morte ainda é encarada como algo extremamente abominável, aterrorizante e que o ser humano não consegue aceitar, sendo desta forma pouco falada e pouco debatido ²².

Com os avanços tecnológicos e científicos a medicina vem buscando maneiras de prolongar a vida e, conseqüentemente, adiar a morte ²³.

PSICOLOGIA HOSPITALAR

A psicologia hospitalar teve seu início no Brasil na década de 60, e teve como mentora desta atividade a psicóloga Mathilde Neder. A Psicóloga nasceu em 1923 e, formada como professora primária pela escola Normal Oficial de Piracicaba-SP, e aos 20 anos, ingressou na Faculdade de Pedagogia na PUC de Campinas. Sua principal contribuição foi escutar os doentes hospitalizados articulando sensibilidade e técnica. Sua atuação foi baseada nos princípios da dignidade humana ²⁴.

Em 1968 surgiram as primeiras disciplinas da saúde foram incluídas nas ementas dos cursos de Psicologia, inicialmente apenas na Universidade de São Paulo (USP) e por volta de 1995, as instituições de saúde tornaram-se o segundo maior campo de inserção dos profissionais de psicologia ²⁵.

Atualmente, no Brasil, a psicologia hospitalar é uma especialidade que se encontra em expressivo crescimento e desenvolvimento, exigindo dos profissionais competências e habilidades específicas ²⁶.

A psicologia hospitalar é um campo de atuação que pode ser definido como um espaço de entendimento dos aspectos psicológicos que estão envolvidos no processo do adoecimento. É um espaço que busca auxiliar aquele que sofre a elaborar simbolicamente o adoecimento através da palavra e do ouvir, e apresenta como objetivo primordial acessar a subjetividade dos indivíduos que se encontram em processo de hospitalização ²⁷.

O processo de terminalidade é um grande gerador de sofrimento, haja visto que o sujeito se sente como se estivesse perdendo o controle da própria vida e do próprio corpo. Assim, a criação de um espaço para dar lugar as questões psicológicas, aos medos e angustias, onde o sujeito possa falar e se expressar sem restrições e sem julgamentos é de suma importância para a construção do cuidado, sendo esse o campo da psicologia hospitalar ²⁸.

Na perspectiva da hospitalização, além de um processo de institucionalização do sujeito, é um período de mudanças significativas na vida do doente e seus familiares ²⁹.

Partindo dessa ideia, a psicologia hospitalar propõe a diminuição do sofrimento causado pela hospitalização, principalmente os efeitos emocionais e psicológicos. A hospitalização é grande gerador de implicações subjetivas nos indivíduos doentes e seus familiares. ³⁰.

No que diz respeito as diversas patologias encontradas no hospital, qualquer doença é repleta de subjetividade e aspectos psicológicos, sendo dessa maneira possível o trabalho da psicologia hospitalar ²³.

A doença e morte são eventos próprios da natureza do ser humano e que apesar de ser algo intrínseco a vivência humana, é fortemente observado que as pessoas não desejam tornar consciente deste processo natural ¹⁸.

A GESTÃO DA UTI ASSOCIADA AOS CUIDADOS PALIATIVOS

O ensino dos Cuidados Paliativos não consta na grade curricular da maioria das escolas

médicas brasileiras, e os médicos brasileiros não são treinados para lidar com a terminalidade da vida e com o sofrimento²³.

A prática demonstra que comunicação é uma habilidade a ser desenvolvida e aprimorada, assim como qualquer conhecimento técnico, mas em um cenário com pacientes delicados e familiares desgastados pelo contexto, a comunicação deve ser uma aliada, esclarecendo as dúvidas das famílias, transmitindo segurança e dizer com sinceridade que nem tudo tem explicação³¹.

Alguns médicos evitam esses momentos, temem as perguntas para as quais não têm respostas, ou se mostram se impacientes para explicar, repetidamente, o quadro do paciente, uma vez que não é raro a família mostrar se pouco conformada quanto à impossibilidade de cura. Essa habilidade de comunicação é uma qualidade do médico que pratica os CP e, as famílias, notando a empatia do profissional, tende a demonstrar confiança e expor melhor seus anseios³².

Ainda utilizando se da comunicação, consiste em uma função do médico tentar um diálogo de consenso entre os familiares, entende-se que as pessoas pensam de modos diferentes, mas cabe ao médico tentar ouvir as diferentes angústias e expor os detalhes do quadro, conversando com os familiares presentes e colocando se à disposição caso algum familiar ausente queira dialogar²⁴.

Outro aprendizado importante consiste no fato de não seguir protocolos restritos, focando nos cuidados no paciente e, se ele solicitar a alta médica para passar seus últimos

e preciosos momentos com sua família, deitado em sua cama e em um ambiente familiar, e tiver condições mínimas para tal, ele será atendido. Do mesmo modo em relação aos caprichos alimentares, orienta-se sempre as famílias quanto à liberação da dieta, qualidade de vida não apenas viver sem dor ou desconfortos, mas sentir prazer no paladar, por exemplo³⁴.

Muitos pacientes e familiares são encaminhados aos CP muitas vezes desgastados e sem esperança, porque lhes foi dito que “não havia mais nada a fazer”. Quando se aborda essa questão, enfatiza-se que “não há nada a fazer com o intuito curativo”, mas proporcionar qualidade de vida neste difícil momento é de fundamental importância³³.

A capacidade de comunicação e a disposição para ouvir, como parte do cuidado médico, é vista como uma virtude pelas demais equipes médicas, uma vez que a equipe é, em muitos casos, solicitada para conversar com as famílias.

CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

Ao sugerir CP em uma Unidade de Terapia intensiva, deve-se pensar primeiramente na Multidisciplinariedade no contexto dos CP, que envolvem mais do que o médico no centro da atenção e do cuidado⁴.

A equipe de cuidados multidisciplinar deve envolver diversos profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos como principais protagonistas do cuidado do paciente e também da sua família, entre outros. A base disso tudo é a longitudinalidade

e integralidade do cuidado, além desse cuidado ser focado na pessoa, em suas necessidades, sempre respeitando seus desejos e valores morais como indivíduo, não ferindo a princípio ético da autonomia ¹⁴.

Para que haja um cuidado centrado no paciente e não na doença, é necessário que exista uma equipe multidisciplinar ativa, com o desafio de tratar não somente a dor, como também levando em conta aspectos sociais, morais, psicológicos e espirituais ²⁴.

O trabalho da equipe multidisciplinar não é simples, ao se referir aos cuidados da equipe, “os membros da equipe, em especial o médico, precisam saber ouvir o paciente e saber transmitir notícias ruins, numa linguagem acessível a todos, principalmente porque, nesta fase do tratamento, as ações não terão mais um caráter curativo ²⁴.

A avaliação de todo tratamento tem relevância para o cuidado do paciente, sendo que possíveis complicações podem ser resolvidas com o diálogo dos profissionais envolvidos. Aliado a isso, visitas frequentes beneficiam a interação com o paciente, familiares e equipe de saúde ².

Os dados analisados sugerem a necessidade de treinamento para que os profissionais sejam capacitados para oferecer tanto o cuidado curativo quanto paliativo, uma vez que as duas preveem atenção integral ao paciente e sua família, portanto compartilham objetivos comuns possíveis de serem dispensados pelos profissionais que compõem a equipe ⁴.

Desde sua formação, o acadêmico recebe uma preparação focada na vida, assim, o preparo para a morte, como nos cuidados paliativos não tem atenção devida. Na atualidade, são raras as

faculdades que oferecem capacitação e informações sobre essa área, as falhas estão desde a graduação até em cursos de especialização e residência ³⁰.

O despreparo dos profissionais envolvidos no cuidado com pacientes em estágio terminal, tem relativa importância na qualidade do cuidado do doente, sendo que as vivências apresentadas nessa situação de vida do paciente tornam-se reféns das ações que a equipe multidisciplinar atua. Tais profissionais têm sua formação voltada para salvar a vida, o que implica sentimentos de fracasso e impotência diante da perda de um paciente. O Treinamento especializado, conhecimentos de diversas áreas e competências na esfera dos cuidados paliativos denotam um aspecto crucial para a promoção dos cuidados paliativos ³¹.

Para uma melhor capacitação na área e devido a esse avanço dos cuidados na fase terminal de vida existem diversos cursos com o intuito de fornecer conhecimentos teóricos e práticos na prestação de cuidados a pacientes portadores de doenças ameaçadoras da vida, com o desenvolvimento de habilidades para a abordagem dos aspectos, como no âmbito físico, psíquico, sociais e espirituais ³¹.

Além disso, outra característica fundamental do trabalho em equipe multidisciplinar é a consciência e uso adequado da comunicação interpessoal ³².

Os problemas de um bom diálogo entre os profissionais impactam negativamente na qualidade de vida dos pacientes que estão sob seus cuidados. Entende-se que a comunicação envolve muito mais que a troca de informações

entre a equipe, abrange também percepção, compreensão e interação ³³.

Quando a mensagem não é transmitida de forma clara e objetiva, o receptor tende a não seguir as recomendações também de forma coesa. Assim, é imprescindível que as decisões tomadas pela equipe sejam transmitidas de modo consensual, refletindo uma posição conjunta e não individual, utilizando uma linguagem passível de compreensão, tanto oral, como escrita ¹³.

A avaliação funcional em Cuidados Paliativos é fundamental para a vigilância da curva evolutiva da doença e se constitui em elemento valioso na tomada de decisão, previsão de prognóstico e diagnóstico de terminalidade. Performance de 50% ou menos na escala PPS é um indicador de terminalidade, reafirmando que estes são pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos ¹³.

Um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares auxiliam na tomada de decisão. Dessa maneira, a avaliação do paciente deve conter os elementos fundamentais que possibilitem a compreensão de quem é a pessoa doente, o que facilita identificar preferências e dificuldades; cronologia da evolução de sua doença e tratamentos já realizados; necessidades e sintomas atuais; exame físico; medicamentos e intervenções clínicas propostas; impressão a respeito do prognóstico e expectativas com relação ao tratamento proposto ³³.

A FIGURA 2 mostra a rotina sugerida para avaliação dos pacientes admitidos em UTI, com vistas a definir as prioridades de cuidado.

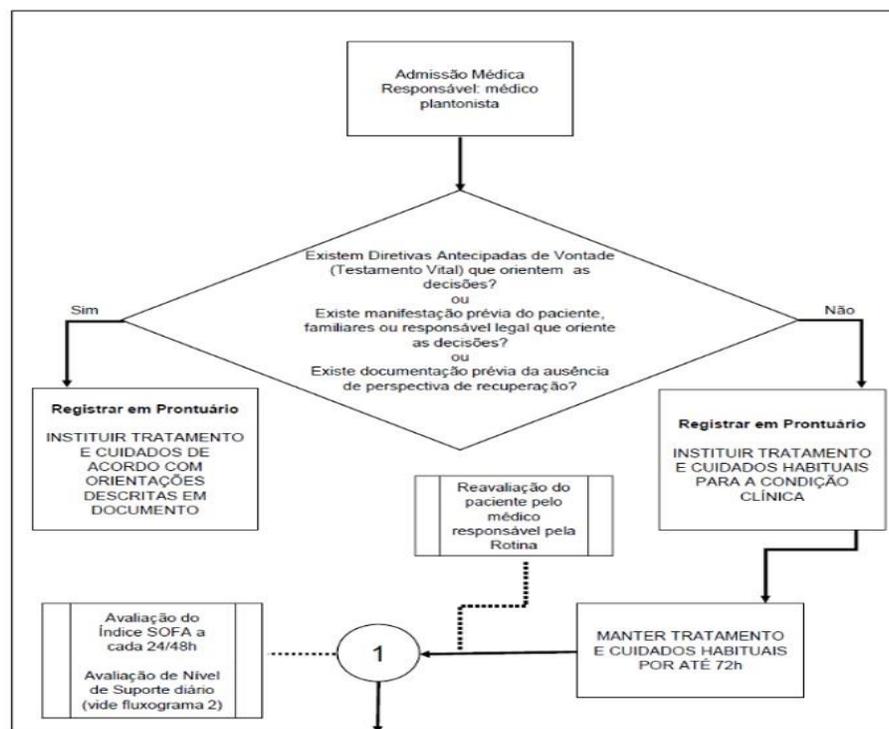


Figura 2. Rotina sugerida para avaliação dos pacientes admitidos em UTI ¹⁸.

O trabalho multidisciplinar é muito complexo, pois depende da integração de diversos profissionais que tem saberes, formações e experiências distintas ³³.

É um processo que se constrói de forma compartilhada, dinâmica e contínua, com base em erros e acertos. Por isso, para trabalhar em equipe é indispensável a gestão das próprias emoções e sentimentos, além de possuir paciente e empatia ³⁰.

No momento do cuidado paliativo a família e o paciente sentem-se como reféns da unidade de tratamento. Por isso, a equipe multidisciplinar deve envolver e incentivar novas formas de prazer para o paciente, com a finalidade de amenizar os efeitos colaterais do tratamento, como a indicação de algumas atividades de lazer, como a prática de alguma atividade física, desde que seja autorizada pela equipe de saúde e não cause danos ao organismo que já está debilitado, ouvir músicas e ler livros, assistir filmes, para que haja uma sensação de bem-estar e interação harmoniosa entre paciente, família e profissionais ³¹.

A importância de aprender a melhor forma de lidar com essa realidade é poder aprimorar os cuidados tanto ao paciente nesse estágio da vida quanto à família. A integração de aspectos técnicos e interpessoais representa uma importante estratégia para o desenvolvimento de competências e habilidades para atuação ³⁴.

Essa reabilitação faz o paciente se sentir melhor de maneira que ele não fique ocioso durante o tratamento, evitando pensamentos negativos em relação ao seu estado atual da doença, o que acaba prejudicando o aspecto físico e psicológico.

Desta forma, as atividades compreendidas na melhora do paciente dependem da participação ativa dos familiares e do empenho do paciente em querer desenvolver as atividades propostas pela equipe de profissionais ³².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Cuidados Paliativos prestados dentro da UTI ao paciente crítico em condição terminal, quando a cura é inatingível e, portanto, deixa de ser o foco da assistência. Tem como objetivo primário o bem-estar do paciente, permitindo-lhe uma morte tranquila e digna.

A atuação dos profissionais da área de saúde em CP, no entanto, pode ensinar nas habilidades que não se aprende na universidade, como melhorar a capacidade de comunicação entre a própria equipe, os familiares e principalmente o paciente.

Os médicos não são adequadamente treinados durante a sua formação e muitos acham que o farão empiricamente.

A formação de ligas acadêmicas tais como a deste grupo de alunos de Medicina podem ajudar a contornar a carência de informação sobre os cuidados paliativos nos currículos dos cursos da área da saúde.

REFERÊNCIAS

1. da Silva, J. A. C., & Castro-Silva, I. I. (2023). Pacientes neonatais e pediátricos terminais com más formações congênitas do aparelho circulatório: levantamento da letalidade no Brasil e revisão integrativa dos cuidados paliativos na UTI. *Research, Society and Development*, 12(3), e10412340588-e10412340588.
2. Pina, G. D. A., & Leite, V. H. S. V. (2022). Conhecimento e aplicabilidade dos cuidados paliativos na UTI sob a ótica da equipe multiprofissional.
3. Laudiosa da Motta, R. D. O., & Passos Telles, F. S. (2022). A Moralidade dos cuidados paliativos na UTI pediátrica. *Revista Científica de Enfermagem-RECIEN*, 12(37).

4. Glória, F. P., do Val Tavares, P. E., Coriat, J. A., Fernandes, R. N. L., & da Silva Portela, T. W. (2022). Cuidados paliativos como terapêutica no conforto do paciente. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(7), e10753-e10753.
5. Rocha, L., Rosa, C. M., Damasceno, J. L., Ribeiro, J. C., & de Castro Nicula, I. M. Cuidados de enfermagem em pacientes sob cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva adulto-uma revisão da literatura.
6. Júnior, A. A. P., de Oliveira, C. V. O., Montarroyos, E. S., Pimentel, I. C. P., de Melo Cardoso, M. G., Ramos, M. C. B., & de Paula Fugita, M. (2023). Síndrome de Burnout entre profissionais de cuidados paliativos e terapia intensiva em serviço de oncologia. *Seven Editora*, 573-585.
7. da Motta, R. D. O. L., & Telles, F. S. P. (2022). A moralidade dos cuidados paliativos na UTI pediátrica. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 12(37), 133-144.
8. Ribeiro, D. S. D. R., & Silva, R. B. D. (2022). O papel da enfermagem frente aos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *REVISA (Online)*, 163-172.
9. Rodrigues Martins, M., da Silva Oliveira, J., Ernesto Silva, A., Souza da Silva, R., Constâncio, T. O. D. S., & Vieira, S. N. S. (2022). Assistência a pacientes elegíveis para cuidados paliativos: visão de profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56.
10. Neis, M., Issi, H. B., Motta, M. D. G. C. D., Rocha, C. M. F., & Carvalho, P. R. A. (2023). Vivências de familiares diante da finitude da criança no processo de adoção de cuidados paliativos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, e20220174.
11. Andrade, B. O. N. D. (2023). Psicologia e Cuidados Paliativos em uma Unidade de Terapia Intensiva: relato de experiência de uma psicóloga residente em Atenção ao Paciente em Estado Crítico.
12. Molinari, P. C. C., Karam, V. B., Santana, V. T. S., de Macedo Barbosa, S. M., de Araujo Costa, G., & Megale, C. T. C. Cuidados paliativos na Pediatria. *Triênio*, 2022, 2025.
13. Scholemberg, B. (2022). A importância do fisioterapeuta junto a equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI).
14. Carolla, D. C. (2022). Cuidados de enfermagem na insuficiência cardíaca avançada no contexto de cuidados paliativos em unidade de terapia (UTI). *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 197-197.
15. Perão, O. F., Nascimento, E. R. P. D., Padilha, M. I. C. D. S., Lazzari, D. D., Hermida, P. M. V., & Kersten, M. A. D. C. (2021). Representações sociais de conforto para familiares de pacientes em cuidados paliativos na terapia intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42.
16. de Magalhães Barbosa, A. P., do Espírito Santo, F. H., Hipólito, R. L., Silveira, I. A., & da Silva, R. C. (2020). Vivências do CTI: visão da equipe multiprofissional frente ao paciente em cuidados paliativos. *Enfermagem em Foco*, 11(4).
17. Azevedo D, Tommaso ABG, Burlá C, Santos G, Dias LM, Py L, et al. *Vamos falar de Cuidados Paliativos*. SBGG; 2015. 24 p.
18. Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI Área(s): Gerência de Serviços de Terapia Intensiva (GESTI-SESDF), com a colaboração das Unidades de Cuidados Paliativos do Hospital de Base do Distrito Federal e do Hospital de Apoio de Brasília. Portaria SES-DF N° 418 de 04/05/2018, publicada no DODF N° 94 de 17/05/2018.
19. Leite, A. C., da Silva, J. J., do nascimento Ferreira, M. M. M., Mendes, V. B., Silva, L. E. C., de Lima, H. A., ... & de Sousa, V. M. A. (2020). Assistência de enfermagem nos cuidados paliativos ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva. *Brazilian Journal of Development*, 6(12), 102261-102284.
20. de Queiroz Maia, M. A., Lourinho, L. A., & Silva, K. V. (2021). Competências dos profissionais de saúde em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva adulto. *Research, Society and Development*, 10(5), e38410514991-e38410514991.
21. Pegoraro, M. M. D. O., & Paganini, M. C. (2020). Cuidados paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados intensivos. *Revista bioética*, 27, 699-710.
22. de Souza, T. M., Porto, V. S. M., Silva, B. D. M. F. G., de Melo Junior, I. M., & Fonseca, R. C. (2020). Papel da comunicação em saúde frente aos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 93059-93066.
23. Silveira, M. H., Ciampone, M. H. T., & Gutierrez, B. A. O. (2014). Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17, 7-16.
24. Angerami-Camon, Waldemar Augusto et al. *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. In: *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 1995. p. 114-114.
25. Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar*. Casa do psicólogo.
26. Lorenzoni, A. M. V., Vilela, A. F. B., & Rodrigues, F. S. D. S. (2019). Equipe multiprofissional nos cuidados paliativos em oncologia: uma revisão integrativa. *Revista Espaço Ciência & Saúde*. Cruz Alta: UNICRUZ, 2019. Vol. 7, n. 1 (jul. 2019), p. 34-48.
27. Oliveira Baptista, S. C., & Marinho Picanço, C. (2019). Cuidados paliativos em unidade de atendimento crítico: saberes de uma equipe multiprofissional. *Enfermagem Brasil*, 18(5).
28. Brabo, B. C. F., & Laprano, M. G. G. (2018). Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo em cardiologia. *Rev. enferm. UFPE on line*, 2341-2348.
29. Pires, M. L. O., Borges, A. M., Costa, M. V. C., & da Cunha, L. V. (2019, November). O Papel da equipe multiprofissional nos cuidados paliativos. In *Congresso Interdisciplinar-ISSN: 2595-7732 (Vol. 4, No. 1)*.
30. da Silveira Fernandes, H., Silva, E., Neto, A. C., Pimenta, L. A., & Knobel, E. (2011). Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 9(2), 129-37.
31. Calheiros, T. R. S. P., dos Santos, A. F. S., & de Almeida, T. G. (2018). Atribuições do enfermeiro na gestão da Unidade de Terapia Intensiva. *Caderno de Graduação*.
32. Tranquilliti, A. M., & Padilha, K. G. (2007). Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, 141-146.
33. Castro, A. F. D. (2023). Uso de anti-infecciosos em Unidade de Terapia Intensiva: gestão proativa de riscos.
34. de Azevedo Campelo, L. M., da Costa, T. D., & D'ávila, R. V. (2023). Estudo do impacto financeiros nos custos das unidades de terapia intensiva. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(2), 7665-7678.

OBSERVAÇÃO: Os autores declaram não existir conflitos de interesse de qualquer natureza.