



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM**

Maria do Socorro Marinho da Costa¹

Bethoven Marinho da Silva²

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES PALIATIVAS NO CUIDADO EM TERAPIA
INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL GERAL PÚBLICO**

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

Maria do Socorro Marinho da Costa¹

Bethoven Marinho da Silva²

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES PALIATIVAS NO CUIDADO EM TERAPIA
INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL GERAL PÚBLICO**

Artigo Científico submetido ao Curso de Enfermagem da FAPAC/ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.Esp; Bethoven Marinho da Silva.

Maria do Socorro Marinho da Costa¹

Bethoven Marinho da Silva²

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES PALIATIVAS NO CUIDADO EM TERAPIA
INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL GERAL PÚBLICO**

Artigo Científico submetido ao Curso Enfermagem
FAPAC/ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito
parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp; Bethoven Marinho da Silva.

Artigo Científico apresentado e defendido em ___/___/_____ e aprovado
perante a banca examinadora constituída pelos professores:

(Informe a titularidade e o nome do(a) Professor(a)

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Orientador

(Informe a titularidade e o nome do(a) Professor(a)

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Orientador

(Informe a titularidade e o nome do(a) Professor(a)

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Orientador

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES PALIATIVAS NO CUIDADO EM TERAPIA
INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL GERAL PÚBLICO**IMPLANTATION OF PALLIATIVE ACTIONS IN THE CARE OF INTENSIVE
THERAPY: REPORT OF EXPERIENCE IN A PUBLIC GENERAL HOSPITALMaria do Socorro Marinho da Costa¹Bethoven Marinho da Silva²¹Graduanda do Curso de Enfermagem- Instituto Tocantinense
Presidente Antônio Carlos LTDA² Prof. Esp. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos**RESUMO**

Os cuidados paliativos visam amparar o cliente em seus últimos momentos de vida e almejar, através de uma abordagem multiprofissional, reduzir o quanto possível, o desconforto, oferecendo apoio emocional e espiritual ao paciente, seus amigos e familiares. Tratou-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa. O estudo teve como objetivo principal relatar a experiência vivida pela autora acadêmica de enfermagem sobre a assistência prestada a pacientes em ações de cuidados paliativos. Foi possível com este estudo acompanhar a implantação de ações de cuidados paliativos numa unidade de terapia intensiva num Hospital Público de Palmas. Evidenciou-se com a análise da experiência que a grande proporção de pacientes evoluiu com óbito. Contudo, é sabido que o CP não antecipa nem prolonga a morte. Proporciona sim uma boa qualidade de morte.

Palavras-Chaves: Cuidados Paliativos. Cuidados de Conforto. Terapia intensiva.**ABSTRACT**

Palliative care aims to support the client in their last moments of life and aiming, through a multiprofessional approach, reduces as much as possible, the discomfort, offering emotional and spiritual support to the patient, his friends and family. This was a descriptive study, of the type of experience report, with a qualitative approach. The main objective of the study was to report the experience of the author and nursing academic on the care given to patients in palliative care actions. It was possible with

this study to follow the implementation of palliative care actions in an intensive care unit in a Public Hospital of Palmas. It was evidenced with the analysis of the experience that the great proportion of patients evolved with death. However, it is known that PC does not anticipate or prolong death. It does provide a good quality of death.

Key-Words: Palliative care. Comfort care. Intensive therapy

1 INTRODUÇÃO

Os procedimentos modernos são primordiais para os profissionais de saúde para recuperação da saúde do paciente. Entretanto, estes métodos se tornam deficientes caso não houver uma observação de distintos aspectos, particularmente quando as probabilidades de restabelecimento são exíguas (VICENSI, 2016). A partir disto, surgiram os cuidados paliativos (CP), que visam amparar o cliente inclusive em seus últimos momentos de vida. Almejando uma abordagem multiprofissional do sofrimento, visa reduzir o quanto possível qualquer provável desconforto, dar atenção às necessidades do paciente oferecendo apoio emocional e espiritual a seus amigos e parentes (CORREAS, 2007).

A organização mundial da saúde, (OMS), em 2002 definiu o cuidado paliativo como uma abordagem que promove qualidade de vida a paciente e seus parentes diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

O fundamento dos CP é: promover alívio da dor e de outros sintomas aflitivos, afirmar a vida e encarar a morte como processo natural; não apressar nem atrasar a morte; integrar aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado do paciente; dar suporte para que os pacientes vivam ativos, tanto quanto for possível, até a morte; apoiar a família durante a doença do paciente e em sua perda; para satisfazer as necessidades dos pacientes e de seus parentes, usar uma abordagem em equipe que inclua aconselhamento na perda, se necessário; proporcionar qualidade de vida e talvez influenciar positivamente no curso da doença; ser aplicável no início da doença, em conjunto com outras terapias que tencionam prolongar a vida; entender e manejar complicações clínicas aflitivas (VARGAS, 2013; VARGAS, 2016; NAIME, 2013; IASP, 2016).

Para a enfermagem, os CP são inerentes à sua prática cotidiana, aliar ciência e arte para prestar um cuidado que ampare suporte e conforto é dever dos profissionais de enfermagem, desde o auxílio no nascimento ao diagnóstico de uma doença avançada, fortalecendo-se e tornando-se ainda mais presente na terminalidade e continuando durante o período de luto.

Oferecer CP em enfermagem é vivenciar e compartilhar momentos de amor e compaixão, aprendendo com os pacientes que é possível morrer com dignidade e graça; é proporcionar a certeza de não estarem sozinhos no momento da morte; é oferecer cuidado holístico, atenção humanística, associados ao agressivo controle de dor e de outros sintomas; é ensinar ao doente que uma morte tranquila e digna é seu direito; é contribuir para que a sociedade perceba que é possível desassociar a morte e o morrer do medo e da dor.

A unidade de cuidados intensivos, (UCI), é composta atualmente por um quantitativo de 18 leitos e uma equipe multiprofissional que entre maio a março de 2017 iniciou ações voltadas aos cuidados paliativos, através de práticas adotadas com pacientes internados com quadro clínico grave e em risco de morte. É realizada uma abordagem com a família do paciente o qual está passando por um processo de adoecimento ameaçador da vida, respeitando ambas as decisões, do paciente e do familiar, em relação às suas preferências do fim da vida.

O Brasil vive atualmente o fenômeno de transição epidemiológica, ou seja, um aumento das doenças crônico-degenerativas, representadas principalmente pelo câncer e doenças cardiovasculares. Há então uma necessidade crescente de que haja a implantação dos cuidados paliativos no país para promover o alívio da dor e de outros sintomas aflitivos.

Portanto este estudo mostra a visão da acadêmica, sobre como foi implementado as ações de cuidados paliativos em uma Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Geral Público de Palmas – TO, (HGPP-TO), e como essas ações importam na vida dos pacientes e familiares.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Buscando uma assistência eficaz, em 2002 a OMS delimitou que nos Cuidados Paliativos englobam tanto o paciente como a família que convivem com as

patologias que atemorizam a vida desde o diagnóstico, compreendendo que, diversos problemas aparecem na fase inicial da doença que podem ser mais controlados ou estagnados antes desta etapa (OLIVEIRA et al., 2016).

Para Waldow (2010), o cuidado é visto como um fenômeno existencial porque faz parte do ser e, este ser se difere dos demais por ser humano e relacional. Isto só se dá, porque ocorre na convivência com outras pessoas, assumindo desta forma, inúmeras variações, com intensidades e diferenças que fazem de cada cuidado, um “ser” único, justificando assim, as diversas maneiras de cuidar.

Além disto, maximizou-se a ideia do cuidar, agora compreendendo a doença como um processo, afetando o portador ao longo de sua vida e da convivência com a doença (MATSUMOTO, 2012).

Logo, o que determina a indicação de CP ao indivíduo é o grau de sofrimento e não a probabilidade de morte, pois visam o alívio de sintomas (LOGO et al., 2012).

MATSUMOTO, 2012, cita que na perspectiva dos CP, sempre há algo para se fazer; assim, a expressão “fora de possibilidades terapêuticas” deve ser substituída por “fora da possibilidade de tratamento modificador da doença”, ampliando, dessa forma, a visão dos CP.

Estes princípios também foram publicados pela OMS em 1986 e reafirmados em 2002 (WHO, 1990; 2004).

A prática dos CP não se baseia em protocolos estanques, mas em princípios, determinando a visão de filosofia de assistência pautada em:

- Aliviar a dor e os sintomas considerados estressantes pelo paciente;
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural;
- Não acelerar e nem postergar a morte;
- Integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado;
- Oferecer autonomia ao paciente;
- Oferecer suporte para auxiliar os familiares a compreenderem a evolução da doença e se sentirem amparados no momento do luto;
- Assistir de maneira multiprofissional;
- Iniciar seus princípios juntos com medidas curativas logo que se diagnostique uma doença ameaçadora da vida

Cuidado de qualidade ao fim da vida depende da equipe interdisciplinar de saúde ligada com habilidades interpessoais fortes, conhecimento clínico, competência técnica e respeito para com os indivíduos (MUTTO et al., 2010).

Saber lidar com o óbito e o morrer no cotidiano dos enfermeiros vinculado a inexperiência clínica, a falta de treinamentos e suporte emocional apropriados, são apontados como obstáculos ao atendimento de qualidade a pacientes que encontram-se em final de vida, e em última instância, influenciam na expressão da competência desses profissionais (POWAZK et al., 2013).

De acordo com que a doença progride e a morte se aproxima, são mobilizadas pelas estratégias familiares de enfrentamento frente às dificuldades vivenciadas e por vir, permeadas por uma mistura de sentimentos e comportamentos que precisam ser compreendidos e acompanhados no âmbito familiar pelos profissionais de saúde (YAMAGUCHI et al., 2009).

Neste contexto, é primordial uma atenção dispensada ao suporte emocional e social para o indivíduo e família, para que ambos enfrentem esse transcurso com mais tranquilidade e dignidade, deixando de encarar a morte como um fato desastroso (FRATEZI, GUTIERREZ, 2011).

Bdeoff, 2000, p 33, induz a reflexão de que o cuidar “é mais do que um ato, é uma atitude. Sendo uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e de desenvolvimento afetivo com o outro”. Reforçando este pensamento, Leninger, 1991, em seus pressupostos a respeito dos cuidados de enfermagem afirma que pode haver cuidado sem ser para cura.

Apesar das limitações de conhecimentos científicos e técnicos durante período histórico dos cuidados paliativos, aliviar o sofrimento do outro e ajudá-lo a morrer em paz era primordial para aqueles que prestavam assistência aos então denominados, moribundos. A história da civilidade aponta personagens importantes pelo desenvolvimento de um cuidado diferenciado com foco específico no fim da vida humana (COREN FLORIANÓPILIS, 2016).

Apontada como pioneira nos cuidados paliativos, Leninger dedicou à vida laboral em benefício de uma assistência humanizada a doentes oncológicos em fase final de vida, visando lhes proporcionar uma morte mais digna. O St. Christopher’s Hospice “transformou-se em modelo de assistência, ensino e pesquisa no cuidado dos pacientes terminais e de suas famílias” (MENEZES, 2004, p. 53).

Essa nova ideologia de cuidado conduzido aos doentes fora da possibilidade de tratamento modificador da doença instigou muito os cuidados em saúde mundialmente, bem como culminou novas condutas em relação à morte, ao morrer e ao período de luto (COREN FLORIANÓPILIS, 2016).

A história dos cuidados paliativos no Brasil é recente, tendo se iniciado na década de 1980. O primeiro serviço de cuidados paliativos no Brasil surgiu no Rio Grande do Sul em 1983, seguidos da Santa Casa de Misericórdia, de São Paulo, em 1986, e logo após em Santa Catarina e Paraná. Um dos serviços que merece destaque é o Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, que inaugurou em 1998 o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos cuidados paliativos (PEIXOTO, 2004).

No ano de 1997, fundou-se a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), desenvolvida por vários profissionais empenhados no assunto, que indicavam prática de divulgação da ideologia dos cuidados paliativos no Brasil. Em Fevereiro de 2005, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (COREN- FLORIANÓPOLIS, 2016).

O Ministério da Saúde vem consolidando formalmente os cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde, mediante portarias e documentos, expedidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, (ANVISA), e o Ministério da Saúde, (MS). Até o momento, de forma lenta, mesmo com um crescimento expressivo dos cuidados paliativos no país, todavia, diversos profissionais, por desconhecerem a filosofia de cuidados paliativos, sentem-se receosos, tendo em vista que suas ações poderiam ser compreendidas como abreviar o tempo de vida ou prolongar o tempo da morte (FIGUEIREDO, 2006).

O termo paliativo deriva de pallium, do latim, significando capa, manto, o que sugere proteção e acolhimento, ocultando o que está subjacente; no caso, os sintomas decorrentes da progressão da doença (MENEZES, 2004). Pallium era o manto usado pelos peregrinos para se proteger das intempéries durante as viagens em direção aos santuários. Em analogia, o cuidado paliativo tem como objetivo proteger os doentes do sofrimento evitável, salvaguardando sua dignidade como pessoa até o fim da vida.

Um passo importante para sua legitimação foi a definição pela OMS, ocorrendo em meados da década de 1990, sendo que mais de vinte anos após o início do movimento paliativista moderno, no mesmo período, a OMS publicou o primeiro conceito de CP, como os cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos; o controle da dor e de outros sintomas psicológicos, sociais e espirituais, torna-se prioridade e o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares (COREN-FLORIANÓPOLIS, 2016).

A hospitalização é primordial quando a família não consegue ou não pode mais cuidar eficientemente do paciente, por causa de sua dependência total, podendo durar por um período prolongado, ou, na maioria dos casos, quando os familiares não conseguem assistir ao sofrimento de seu ente querido. Entretanto, os hospitais costumam fornecer a prestação de cuidados básicos a esses pacientes e aos seus

familiares, não se atentando às suas angústias, ao seu sofrimento, desconsiderando que o paciente está à procura de uma “boa morte”, com dignidade, respeito e sem dor (KRUSE et al, 2007).

Compreende-se que mesmo tendo enorme expansão dos programas vinculados aos cuidados paliativos em unidades hospitalares, nem todos os hospitais possuem unidades especializadas. Além do mais, é pressuposto que os profissionais de saúde, de forma geral, desconhecem e não aplicam essa metodologia de cuidado e que as instituições de saúde não têm uma estrutura física e equipe multidisciplinar treinada/capacitada para a implantação de cuidados paliativos (COREN-FLORIANÓPOLIS, 2016).

Dentre os métodos que se têm disponíveis na avaliação de prognóstico, existe o que está relacionado à capacidade funcional do paciente. Todavia, reconhecemos que a capacidade funcional pode estar diretamente vinculada com uma condição de sofrimento intensa, não-avaliada ou não-tratada adequadamente através de uma avaliação prognóstica. Quanto à avaliação de capacidade para as atividades cotidianas, temos as recomendações de CP para pacientes dependentes em determinadas atividades, como incapacidade para se locomover, alimentar-se e incontinências mencionadas na tabela 1.

TABELA 1 – PRINCIPAIS DEPENDÊNCIAS FUNCIONAIS: ABVD

PRINCIPAIS DEPENDÊNCIAS FUNCIONAIS: ABVD
▪ Incontinências urinária e fecal
▪ Alimentação por tubos enterais ou incapacidade de alimentar-se/hidratar-se sem auxílio
▪ Imobilização permanente em leito ou poltrona

ABVD: atividades básicas de vida diária.

A escala de performance status de Karnofsky, observada na Tabela 2, foi elaborada para pacientes com câncer como meta de documentar o declínio clínico do paciente, avaliando sua capacidade de realizar determinadas atividades básicas.

TABELA 2 – ESCALA DE PERFORMANCE DE KARNOFSKY

ESCALA DE PERFORMANCE DE KARNOFSKY
100% Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença
90% Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço
80% Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço

70% Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar
60% Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar
50% Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40% Necessita de cuidados médicos especiais
30% Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte
20% Muito doente necessita de suporte
10% Moribundo, morte iminente.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, de abordagem qualitativa, em uma unidade de cuidados Intensivos, (UCI), em um Hospital Geral Público de Palmas-TO, onde é prestada assistência a pacientes internados com quadro clínico grave e risco iminente de morte e onde a autora deste relato é profissional há seis anos como técnica de enfermagem. O estudo tem como objetivo principal relatar a experiência vivenciada pela autora e acadêmica de enfermagem sobre a assistência prestada a pacientes em ações de cuidados paliativos.

Foram utilizados dados de artigos que pudessem ser referenciados, e relatos de acompanhantes dos pacientes. Por se tratar de relato de experiência não houve a necessidade de aprovação de Comitê de Ética.

A experiência é vivenciada dentro de uma UCI de um Hospital Geral Público de Palmas-TO, a qual é composta por uma equipe multiprofissional: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social, odontólogos.

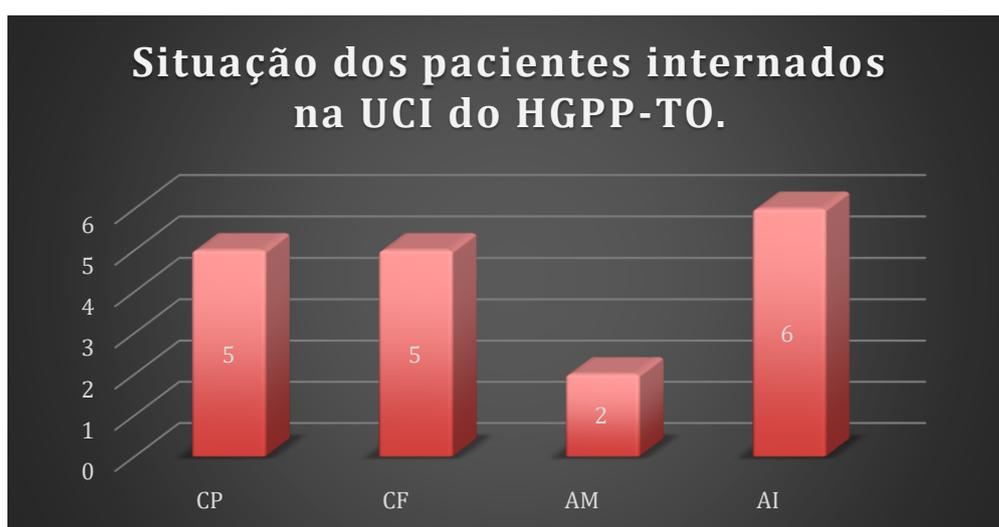
4 Resultados

Nesta unidade, 89% dos indivíduos hospitalizados apresentam alguma comorbidade crônica, sendo assim necessária uma abordagem diferenciada. Visando a melhoria da assistência a esses pacientes, entre maio e março de 2017 a equipe multidisciplinar da UCI, juntamente com a equipe multiprofissional do HGPP-TO, deu início à implantação de ações voltadas aos cuidados paliativos.

É realizada uma abordagem através de uma mesa redonda, com o familiar do paciente, na qual a equipe multiprofissional avaliou e chegaram a um consenso de haver a necessidade de entrar com medidas paliativas para o mesmo.

Atualmente a UCI é composta por 18 leitos, nos quais nem todos estão em ações de cuidados paliativos. Com base nisso, os relatos vivenciados pela autora teve o seguinte desfecho: foram acompanhados 18 (dezoito) pacientes internados na UCI, onde 5 estavam em ação de CP, 5 em conversa com a família (CF), para adesão dos cuidados paliativos, 2 aguardando avaliação da equipe multiprofissional (AM) para o processo de ação dos cuidados paliativos, 06 recebendo assistência intensiva (AI), conforme evidenciado no gráfico 1, abaixo.

Figura 1: Situação dos pacientes internados na UCI do HGPP-TO.



Através de práticas adotadas com pacientes internados, com quadro clínico grave e em risco de morte, a autora viu a necessidade de acompanhar o desfecho dos pacientes, em especial aqueles que já encontravam-se em ações de CP. Assim foi observado entre o período de 14 de setembro a 11 de novembro de 2018, que dos 18 pacientes internados, 03, foram de alta para enfermagem, ou referenciados para outros municípios, 09 pacientes foram a óbitos, e os demais mantêm-se recebendo assistência intensiva, destes somente 05 pacientes continuam recebendo ações paliativas, conforme a figura a seguir.

Através de dados como: Nome; Diagnóstico; Data de admissão no HGPP; Data de admissão na UCI; Estado civil; Procedência; Situação de moradia; Rede social de apoio; Religião; Desfecho; Data; Dias na UCI.

Observou-se com a experiência que os pacientes em cuidados intensivos na unidade 12 eram casados, ou seja, a maioria. Quanto à crença religiosa, predominou a católica, contudo observou-se uma proporção significativa de pacientes onde a

crença era evangélica. Sobre a rede de apoio poucas vulnerabilidades foram observadas, sendo em sua maioria sólida. Moravam com familiares como pais, cônjuge, filhos e netos. Mantiveram em média 45 dias de internação na UCI. Destaca-se aqui a presença na unidade e a aplicação de ações paliativas a pacientes que se mantiveram internados antes mesmo que a unidade implementar as ações paliativas.

5 Discussões

Após o acompanhamento, tabulamos os dados obtidos, através de uma planilha do Excel (modelo no anexo) elaborada pela autora, com dados da data de internação e desfecho do paciente. Essa planilha foi implantada na unidade através de uma ação realizada pela profissional e aluna acadêmica de enfermagem, para que através dessa planilha possam estar acompanhando o desfecho e avaliando a assistência prestada aos pacientes em cuidados paliativos.

Durante o período de internação pôde ser notada pela autora uma oscilação significativa entre os pacientes no seu tempo de internação. Alguns pacientes que se mantinham em um período mais longo de internação e que devido a medidas paliativas pôde se notar uma melhora em seu quadro em prol da sua qualidade de vida e de morte, recebendo assim alta para internação na enfermaria dando continuidade a ações paliativas e se manteve mais próximos da família.

Foi investigado também as crenças religiosas dos pacientes como parte integrante e relevante do cuidado paliativo (sofrimento espiritual). Além disso, essas crenças permitem compreender as estratégias de enfrentamento ao adoecimento e as formas que os pacientes e familiares atribuem e explicam o sentido da vida e o sentido do sofrimento e adoecer.

Segundo Purcell 1998, o abuso espiritual é caracterizado pelo ato de fazer alguém acreditar numa punição de Deus ou na condenação eterna por ter falhado em alcançar uma vida adequada aos olhos de Deus. Sobre a espiritualidade dentro dos cuidados paliativos emergem discussões em quatro eixos: O significado da espiritualidade no campo dos cuidados paliativos; os cuidados paliativos e assistência espiritual; a espiritualidade e o alívio da dor e de outros sintomas que acometem os pacientes sob cuidados paliativos, e, por fim, instrumentos de avaliação da dimensão espiritual no campo.

Um dos desfechos mais evidentes foi a grande proporção de pacientes que evoluíram com óbito. Contudo, é sabido que os CP não antecipa nem prolonga a morte e sim, proporciona uma boa qualidade de morte. Mesmo com o avanço da tecnologia na área da saúde, isso não tem reduzido a dor o sofrimento, bem como o medo dos pacientes dos tratamentos agressivos e das internações em UTI's, porque não dá a esses pacientes, elegível para Cuidados Paliativos, ou seja, a pessoa portadora de doença crônica, evolutiva e progressiva, com prognóstico de vida supostamente encurtado a meses ou ano (ANCP, 2007) o direito de morrer em casa ao lado de seus familiares.

Sobre esse aspecto: Destaca-se que tem ocorrido uma transição epidemiológica e um aumento nas doenças crônicas. Entretanto, mesmo com a sofisticação dos tratamentos, frequentemente os pacientes se queixam de intenso sofrimento, configurando processos distanásicos.

Pessini, 2001, assevera que os cuidados paliativos minimizariam seu sofrimento, através da aproximação de seus familiares, a paciente que se vê sozinho e em um leito frio longe da família, sem apoio o que pode levar a um sofrimento não só físico mas também psicoespiritual, acabam declarando profunda vontade de desistir do tratamento e pedindo repetidas vezes para morrer. Não ter a família presente é uma das causas mais frequentes para o pedido de morte. (Chochinov et al., 1995)

6 Conclusão

Verificado a necessidade de um cuidado que abarcasse com maior qualidade de vida os casos em que, mesmo lançando mão de toda assistência disponível, havia múltiplas falhas terapêuticas (não resposta clínica) e ruins prognósticas; a autora pode observar uma quantidade significativa de óbitos desses pacientes durante seu acompanhamento na UCI. Mas Também observou que pacientes que se submeteram às ações de cuidados paliativos, apresentam uma melhora na evolução do seu quadro, no que diz respeito a um cuidado mais direcionado às suas particularidades, como atendimento ao seu contorto físico e espiritual.

Destacando aqui a importância da equipe multiprofissional em ser multiplicadores de conhecimento e da filosofia paliativista dentro de um hospital, reforçando que o paciente deve ser paliado se necessário e benéfico onde quer que esteja.

REFERÊNCIAS

- ¹ Bernadette Kreutz Erdtmann Elizandra Faria Andrade Giana Marlize Boeira Poetini Mara Ambrosina de Oliveira Vargas Michele de Souza Andrade
- ² Boyd C. Purcell. Spiritual abuse. Am J Hosp Palliat Care 1998; 15:227 Boyd C. Purcell. Spiritual terrorism. Am J Hosp Palliat Care 1998; 15:167
- ³ COREN/SC Orienta coleção Vol.04 - Parte 1 Enfermagem em Cuidados Paliativos Florianópolis - SC – 2016.
- ⁴ CORREA, H. P.; SHIBUYA, E. Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia, São Paulo, v. 53, n.03, p. 317-323, março. 2007.
- ⁵ FIGUEIREDO, M. T. A. Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. Rev Prática Hospitalar 2006;8(47):36-40.
- ⁶ IASP. Associação Internacional para o Estudo da Dor. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/index.aspx>>.
- ⁷ KRUSE, M. H. L. et al. Cuidados Paliativos: uma experiência. Rev HCPA 2007; 27(2):49-52.
- ⁸ MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Manual de Cuidados Paliativos - Organizadores: Ricardo Tavares de Carvalho Henrique Fonseca Parsons. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2012. 2ª ed.
- ⁹ MENEZES, R. A. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, FIOCRUZ, 2004.

¹⁰ MORITZ, R. D. et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Conesul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. Rev. bras. ter. intensiva. v.23, n. 1. SP jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a05v23n1.pdf>

¹¹ NAIME, Fauzia F. Manual de Tratamento da Dor: Dor Aguda e Dor de Origem Oncológica. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2013

¹² PEIXOTO, A. P. Cuidados Paliativos. Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais. 2004.. Disponível em:<http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20-20generalidades.pdf>

¹³ SOUZA, V. C. T. de; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. Revista Biothikos. v.6 n. 2. 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/94/a7.pdf>.
Referências Históricas: Definições e princípios em cuidados paliativos Ana Paula da Silva Maciel

¹⁴ VARGAS, M. A. de O. et al. Resinificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível? Texto contexto - enferm. v. 22,n. 3,p. 637-45. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000300009&lng=en&nrm=iso.

¹⁵ VARGAS, M. A. O. Ética em saúde: autonomia do usuário com DCNT. In: GUERREIRO, D. ET al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem Módulo VII: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2013b. Disponível em: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/12091/mod_resource/content/3/Modulo_7_DoencasCronicas.pdf

¹⁶ VARGAS, M. A. O. Ética, bioética e biopolítica: conceitos implicados na assistência à saúde. In: GUERREIRO, D. et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Módulo V: Doenças crônicas não transmissíveis.

2013a Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11071/mod_resource/content/3/Modulo5_DoencasCronicas.pdf

¹⁷ VICENSI, M. C; FORMAGGIO, M. F. Ordem e Desordem: A morte na perspectiva da equipe multidisciplinar da unidade de terapia intensiva. In: I Encontro Internacional de Ciências Eco-Espirituais, 2010, Itajaí - SC. I Encontro Internacional de Ciências Eco-Espirituais. Itajaí: UNIVALLI, 2010. v. 2. p. 13-13.

¹⁸ VICENSI, MC; Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Revista Bioética. Vol. 24, no 1 – 2016. Brasília/DF, Brasil, Conselho Federal de Medicina, 2016.

ANEXO I

Planilha Elaborada entre (14/09 a 11/11)

ID	Diagnóstico	Admissão HGP	Admiss ão UCI	Estado Civil	Procedên cia	Situação Moradia	Rede social apoio	Religião	desfecho	Data do desfecho	Dias de UCI
P1	CÂNCER	07/09/18	11/09/18	casado	palmas	FILHOS	sólida	católica	Alta internação C P	20/09/ 2018	09 DIAS
P2	GUILLAN BARRE+ PNEUMO	17/08/18	28/07/18	casado	ParA	esposa	sólida	católica	CP UCI	C P	104 DIAS
P3	AVC HEMO TRONCO CEREBRAL	08/09/18	14/09/18	casado	palmas	filhos	sólida	católica	óbito	20 /09/ 2018	06 DIAS
P4	PNM SEPSE ALZHAIMED M	03/09 2018	07/09/ 2018	casado	palmas	esposo	sólida	Evangélico	Óbito	16/10 /2018	39 DIAS
P5	PO EXERESE TU CEREB.SEP SE FOCOPUL+ HAS+DM	23/04/ 2018	30/07/ 2018	casada	colmeia	esposo	sólida	Evangélica	óbito	09/10/ 2018	71 DIAS
P6	HEMATOMA SUBDURAL ESQUERDA HAS+DM	30/07/ 2018	16/08/ 2018	casado	palmas	esposa	sólida	católico	alta para enfermari a	17/09/ 2018	32 DIAS
P7	AVCI+AVCH	15/08/ 2018	27/08/ 2018	casado	palmas	esposa	sólida	católico	UCI	C P	76 DIAS
P8	DPOC+HAS ERISPELAT ABAGISMO+ ALCOOLISM O+IRA+SEP SE+FOCO CUTANEO PUMONAR.	05/08/	12/08/	solteiro	Divinopoli s	filhos	sólida	católico	óbito	16/09/ 2018	34 DIAS
P9	DPOC+IRC+ HAS+DM	20/08/	29/08/	casado	palmas	esposa	sólida	católico	alta	20/09/ 2018	22 DIAS
P10	SEPSE+IRC +HAS+ITU+I CC	05/09/	13/09	casada	palmas	filhos	sólida	Evangélica	óbito	20/09/ 2018	09 DIAS
P11	PO TU CEREB.HAS +DM	02/06/ 2018	19/08/ 2018	viúva	palmas	filhos	sólida	católica	óbito	02/10/ 2018	43 DIAS

P12	PÉDM+HAS FA DISLIPIDEMI A+PNM	09/08/ 2018	27/08/ 2018	casada	araguatins	esposo+ filhos	sólida	católica	óbito	20/09 /2018	25 DIAS
P13	SEPSE DE TRONCO PULMONAR +DISTROFIA MUSCULAR	08/03/ 2018	05/05/ 2018	solteiro	paraíso	Irmã + mãe	sólida	católico	CP UCI	C P	111 DIAS
P14	ENCEFALO PATIA POS PCR+MIOCA RDIA CHAGASICA	03/07/ 2018	08/08 2018	casada	palmas	esposa	sólida	católica	óbito	16/10 /2018	47 DIAS
P15	ELA	14/06/ 2017	16/06/ 2017	solteiro	Paraíso	mãe	sólida	católico	C P UCI	C P	1 ANO 4 MESES 11 DIAS
P16	ELA	08/09/ 2012	06/02/ 2013	solteiro	palmas	mãe	sólida	católico	C P UCI	C P	5 ANOS E 5 MESES
P17	TCE GRAVE	31/01/ 2018	15/05/ 2018	solteiro	paraíso	mãe	sólida	católico	C P UCI	C P	186 DIAS
P 18	PNM+DERR AME PLEURAL+LI NFOMA DE GRANDES CELULAS+M ETASTASE EM COLINAS+H AS+DM	17/08/ 2018	25/08/ 2018	casado	palmas	esposa + filhos	sólida	católico	obito	21/09 2018	35 DIAS