

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA - EMESCAM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS  
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

MAYKEL GONÇALVES SANTA CLARA

**DEMANDAS DE CUIDADOS PALIATIVOS E SUAS IMPLICAÇÕES NA  
OCUPAÇÃO DE LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

VITÓRIA

2019

MAYKEL GONÇALVES SANTA CLARA

**DEMANDAS DE CUIDADOS PALIATIVOS E SUAS IMPLICAÇÕES NA  
OCUPAÇÃO DE LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Carlota de Rezende Coelho

VITÓRIA

2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

S231d Santa Clara, Maykel Gonçalves  
Demandas de cuidados paliativos e suas implicações na  
ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva / Maykel  
Gonçalves Santa Clara. - 2019.  
62 f. : il.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Carlota de Resende Coelho.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e  
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Cuidados paliativos. 2. Pacientes – Unidade de Terapia  
Intensiva. 3. Políticas Públicas de Saúde. 4. Direito à saúde. I.  
Coelho, Maria Carlota de Resende. II. Escola Superior de  
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.  
III. Título.

---

CDD: 362.11098161

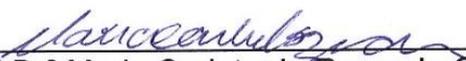
**MAYKEL GONÇALVES SANTA CLARA**

**DEMANDAS DE CUIDADOS PALIATIVOS  
E SUAS IMPLICAÇÕES NA OCUPAÇÃO  
DE LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 06 de maio de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Profª Drª Maria Carlota de Resende Coelho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCM  
**Orientadora**

  
\_\_\_\_\_  
Prof Dr Valmin Ramos da Silva  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCM

  
\_\_\_\_\_  
Profª Drª Rosana Alves  
Faculdade Pequeno Príncipe - FPP

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela oportunidade, privilégio e forças para conseguir concluir o mestrado.

À minha amada esposa pelo companheirismo, compreensão e por me passar calma nos momentos difíceis. Não posso deixar de citar a minha pequena Beatriz que, mesmo no ventre de minha esposa, contribuiu e me deu ritmo para terminar esse projeto.

À minha mãe Terezinha, meu grande referencial de professora. Sempre me inspirou, estimulou a buscar conhecimentos e seguir a carreira acadêmica.

A meu pai Albérico porque me mostra, diariamente, que, mesmo diante da adversidade, devo manter pensamentos positivos.

A minhas irmãs Kaline e Karen que sempre me apoiam em cada desafio que assumo.

Em especial a minha formidável orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Carlota de Rezende Coelho, que, com seus ensinamentos e orientações de forma contínua, conseguiu me guiar e me proporcionar essa enorme vitória de concluir um mestrado, tarefa esta que, há pouco anos, jamais acreditaria que seria possível.

Ao Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva que durante esta jornada contribuiu de forma fundamental com conhecimentos e orientações para a confecção desse projeto.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Alves que aceitou de prontidão fazer parte da banca examinadora desde a qualificação e contribuiu com importantes conselhos e materiais que ajudaram a fundamentar minha dissertação.

Por fim, tenho de agradecer a toda equipe de profissionais de saúde do Hospital Estadual Doutor Dório Silva que me ajudou a colocar em prática essa pesquisa. Pessoas que lutam diariamente, apesar dos obstáculos, para proporcionar aos pacientes um tratamento integral e humano, visando amenizar o sofrimento de pacientes e familiares.

## RESUMO

O estudo versa sobre a ocupação de leitos em Unidade de Terapia Intensiva com pacientes em cuidados paliativos em hospital estadual de um estado da Região Sudeste, Brasil. O objetivo geral do estudo foi avaliar a taxa de ocupação de leitos de uma Unidade de Terapia Intensiva por pacientes com indicação em cuidados paliativos; e a utilização da escala Palliative Care Screening Tool para identificação de pacientes com indicação de cuidados paliativos. É um estudo descritivo, retrospectivo, documental com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada em prontuários de pacientes internados no ano de 2017. O instrumento utilizado foi a escala *palliative care screening tool* que avalia quatro critérios: doença de base, doenças associadas, condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequência e percentuais associados pelo teste do qui-quadrado e foi utilizado o teste Kappa para verificar a concordância entre as escalas. Os resultados apontam que a taxa de ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva por pacientes paliativos pela escala *palliative care screening tool* foi de 23,8% e o coeficiente de concordância Kappa entre as escalas *palliative care screening tool* e *palliative performance scale* foi de 0,7949. Concluiu-se que pacientes em cuidados paliativos interferem na taxa de ocupação de leitos de unidade de terapia intensiva, tendo como desdobramento a redução de chances de outros pacientes ocuparem esses leitos e aumento do sofrimento de paciente para cuidados paliativos comprometendo assim a integralidade na assistência destes pacientes e, que a escala *palliative care screening tool* pode ser utilizada como instrumento para identificação de pacientes com indicação de cuidados paliativos.

Descritores: Ocupação de leitos; Unidade de Terapia Intensiva; Cuidados Paliativos; Assistência Integral à Saúde;

## **ABSTRACT**

The study deals with bed occupancy in an Intensive Care Unit with patients in palliative care in a state hospital in a state of the Southeast Region, Brazil. The general objective of the study was to evaluate the bed occupancy rate of an Intensive Care Unit by patients with indication in palliative care; and the use of the Palliative Care Screening Tool to identify patients with indication of palliative care. It is a descriptive, retrospective, documentary study with a quantitative approach. Data were collected from patients hospitalized in 2017. The instrument used was the palliative care screening tool that evaluates four criteria: basic disease, associated diseases, patient's functional condition and the patient's personal conditions. Categorical variables were analyzed by means of frequency and percentages associated with the chi-square test. The Kappa test was used to verify the agreement between the scales. The results indicate that the occupancy rate of intensive care units for palliative care patients by the palliative care screening tool was 23.8% and the Kappa concordance coefficient between the palliative care screening tool and the palliative performance scale was 0.7949. It was concluded that palliative care patients interfere with the occupancy rate of intensive care unit beds, as a result of reducing the chances of other patients occupying these beds and increasing patient suffering for palliative care, thus compromising the integrality of care of these patients and that the palliative care screening tool can be used as an instrument to identify patients with indication of palliative care

**Keywords:** Bed occupancy; Intensive care unit; Palliative care; Comprehensive Health Care.

## LISTA DE SIGLAS

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira

CFM - Conselho Federal de Medicina

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ES - Espírito Santo

EUA - Estados Unidos da América

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

PCST - *Palliative Care Screening Tool*

PPS - *Palliative Performance Scale*

SCCM - Sociedade Americana de Terapia Intensiva

SESA-ES - Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

SUS - Sistema Único de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VM - Ventilação Mecânica

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Doenças prévias das internações na UTI em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N = 384) .....	36
Tabela 2 - Tempo, em dias, para solicitação dos pareceres pelos médicos da UTI e resposta dos pareceres pela comissão de cuidados paliativos na UTI em um hospital estadual, ES, Brasil (N = 127).....	37
Tabela 3 - Pareceres solicitados pelos médicos da UTI à comissão em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N =961) .....	38
Tabela 4 - Solicitação e respostas dos pareceres pela comissão de cuidados paliativos do HDS. Serra, ES, Brasil, 2017 (N = 129).....	38
Tabela 5 - Aplicação da escala PCST na UTI em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N= 961).....	39
Tabela 6 - Confirmação de Pareceres que deveriam ter sido solicitados baseados na aplicação da escala PCST e que, efetivamente, foram solicitados pela equipe da UTI do HDS, Serra, ES, Brasil, 2017 (N = 961) .....	40
Tabela 7 - Aplicação da escala PPS aos pareceres efetivamente respondidos pela comissão em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N = 98) .....	41
Tabela 8 - Concordância entre as escalas PCST e PPS em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N = 98) .....	41
Tabela 9 - Coeficiente de concordância de Kappa entre as escalas PCST e PPS em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N = 98) .....	42
Tabela 10 - Religião dos pacientes em cuidados paliativos na UTI em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N = 95) .....	42
Tabela 11 - Desfecho dos pacientes colocados em cuidados paliativos na UTI em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N = 95) .....	43

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Indicações de cuidados paliativos segundo as condições do paciente .....	15
Quadro 2 - Critérios de indicação para cuidados paliativos em UTI.....	15
Quadro 3 - Considerar a multa sobre cuidados paliativos para pacientes com critérios de terminalidade de suas doenças de base.....	16

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>19</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	19
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	19
3.3 AMOSTRA.....	19
<b>3.3.1 Critério De Inclusão</b> .....	<b>19</b>
<b>3.3.2 Critério De Exclusão</b> .....	<b>20</b>
3.4 COLETA DE DADOS .....	20
<b>3.4.1 Prontuários Eletrônicos</b> .....	<b>20</b>
<b>3.4.2 Instrumento De Coleta De Dados</b> .....	<b>20</b>
3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	21
3.6 QUALIDADE DO ARMAZENAMENTO DOS DADOS .....	22
3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	22
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>23</b>
4.1 SUPORTE TECNOLÓGICO NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE A TAXA DE OCUPAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA .....	23
<b>4.1.1 Histórico E Questões Contemporâneas Da UTI</b> .....	<b>23</b>
4.2 TECNOLOGIA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA E INTEGRALIDADE DO CUIDADO .....	24
4.3 TAXA DE OCUPAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES .....	27
<b>4.4.1 Regulamentação Jurídica</b> .....	<b>30</b>
<b>4.4.2 Regulamentação Dos Cuidados Paliativos No Sistema De Saúde Do Brasil</b> .....	<b>33</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>35</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>49</b>
<b>ANEXO A - Escala palliative care screening tool (PCST)</b> .....	<b>57</b>
<b>ANEXO B – Termo de anuência para realização de pesquisa no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo</b> .....	<b>58</b>
<b>ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	<b>59</b>
<b>ANEXO D - Palliative Performance Scale (PPS)</b> .....	<b>62</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O objeto do presente estudo versa sobre a ocupação de leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com pacientes em cuidados paliativos em hospital estadual localizado no município de Serra, estado do Espírito Santo (ES), Brasil. Portanto, um objeto alinhado à área de concentração Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local que terá como eixo a ocupação de leitos em UTI e a integralidade em cuidados paliativos. Por discutir a integralidade no cuidado, esse objeto se insere na linha de pesquisa Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Segundo a resolução número 7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 2010, UTI é a área crítica destinada à internação de pacientes graves que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. A UTI adulta é destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição. Conforme censo feito pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), em 2016, apenas 24% dos estabelecimentos de saúde do país possuíam leitos de UTI, totalizando 41.741 mil leitos ou 8% do total de leitos hospitalares. Essa quantidade de leitos está concentrada em 521 municípios que totalizam 15% dos municípios no Brasil. Destes 41.741 mil leitos de UTI, 27.709 correspondem a leitos adultos e o estado de São Paulo lidera o *ranking* nacional, com 24,1% de todos os estabelecimentos de saúde com UTI (AMIB, 2016).

A portaria ministerial nº 101/2002 estabelece que a oferta necessária de leitos de UTI deve ficar entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares, correspondendo aproximadamente um a três leitos para cada 10 mil habitantes. O Brasil, conforme censo 2016, apresentava 2,19 leitos de UTI por 10 mil habitantes (AMIB, 2016).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), a população estimada do município de Serra, cidade localizada no estado do Espírito Santo, em 2017, era de 502.618 habitantes e o total de leitos de UTI disponíveis para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), do mesmo município, era de 52 leitos, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Isso equivale a uma proporção de, aproximadamente, 1,03 leitos/10mil habitantes. Apesar do município de Serra estar no limite inferior de ofertas de vagas preconizado, há uma demanda aumentada, por parte de famílias e central de

regulação de vagas por leitos de UTI, que concentra pacientes de todo o estado do Espírito Santo.

Em 1990, a Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM) elaborou critérios para admissão em UTI com o objetivo de priorizar a internação de pacientes que mais se beneficiarão do tratamento intensivo e direcionar melhor a alocação dos recursos. Os pacientes foram divididos em quatro grupos de prioridades para internação, sendo prioridade 1 (pacientes graves, instáveis, que necessitam de tratamento intensivo e monitorização em UTI) e prioridade 4 (pacientes sem indicação de admissão em UTI, por estarem muito bem ou muito mal para ter benefício do tratamento na UTI) (CALDEIRA 2010).

No âmbito nacional, os critérios de admissão aos leitos de UTI foram definidos pela resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.156/2016 que determina que as admissões devem ser baseadas nos seguintes critérios: diagnóstico e necessidade do paciente; serviços médicos disponíveis na instituição; priorização de acordo com a condição do paciente; disponibilidade de leitos; potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.

Uma vez que a demanda pode ser superior à oferta de vagas, a priorização de internação nas UTIs deve-se basear e respeitar a classificação de prioridades que enquadram os quadros clínicos dos pacientes variando de 1 (pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico) a 5 (pacientes com doença em fase de terminalidade ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. CFM nº 2.156/2016). Em geral, esses pacientes da prioridade 5 não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, sua internação pode ser justificada, excepcionalmente, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista. Esses pacientes devem ser internados, prioritariamente, em unidades de cuidados paliativos.

Com o intuito de avaliar o grau de utilização e auxiliar na gestão dos leitos operacionais de UTIs (leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, mesmo que estejam desocupados), conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 312/2002, faz-se o cálculo da taxa de ocupação dos leitos operacionais. Esse cálculo é feito por meio de uma relação cujo numerador contém o somatório do número de paciente-dia na UTI adulto no período de um mês e o denominador é o somatório do número de leitos-dia operacionais na UTI adulto e o resultado é multiplicado por 100. Utiliza-se o censo da 00:00 hora a cada dia (ANS, 2013).

A Portaria nº 2.395/2011 recomenda taxa de ocupação média mensal de 90% e sinaliza que uma taxa inferior a 75% indica que os leitos necessitam ser melhor geridos. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2013), existem várias UTIs com taxas de ocupações superiores a 87%, e a meta nacional é manter entre 80-85%. Nos Estados Unidos da América (EUA), em 2005, essa taxa foi de 68% (HALPERN; PASTORES, 2010). No Espírito Santo, em 2007, a taxa de ocupação dos leitos de UTIs nos hospitais era de 78%, com repasse do SUS pelo valor da diária de R\$ 213,71 (SESA-ES, 2007).

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES), ao fazer a prestação de contas no segundo quadrimestre de 2017, informa que o hospital estadual localizado no município de Serra - ES, Brasil, e cenário do presente estudo apresentava 286 leitos, sendo 40 de UTI (SESA-ES, 2017).

Uma forma de auxiliar na gestão dos leitos de UTI seria a equipe multidisciplinar avaliar diariamente a evolução clínica de todos pacientes que estão ocupando esses leitos a fim de verificar se realmente possuem total indicação, pois pode haver pacientes com doenças crônicas incuráveis e terminais cuja utilização da estrutura de uma Unidade de Terapia intensiva não modifica o desfecho da doença. Além disso, ainda pode aumentar o sofrimento físico e psicológico do paciente e familiares ao privá-los de receber tratamento mais próximo de familiares, em alguns casos em domicílio, de forma humanizada, integral e digna, com a prática, relativamente recente, do tratamento baseado nos cuidados paliativos (COELHO; YANKASKAS, 2017).

Os cuidados paliativos surgiram oficialmente como prática distinta na área da atenção em saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica Cicely Saunders. Devido ao trabalho dessa médica e sua equipe, foi criado St. Christophers Hospice, em Londres, em 1967, tornando-se um marco nessa trajetória (GOMES; OTHERO, 2016).

O advento da paliatividade na América ocorreu em 1970, pela médica de Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos, que teve contato com os trabalhos de Cicely Saunders. Entre 1974 e 1975, fundou-se um *hospice* na cidade de Connecticut nos Estados Unidos da América (GOMES; OTHERO, 2016).

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu e recomendou a prática de cuidados paliativos, inicialmente, voltada para pacientes oncológicos. Em 2002, o conceito foi ampliado para outras áreas: por exemplo, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e doenças neurológicas (GOMES;

OTHERO, 2016). Em 2002, a OMS definiu cuidados paliativos como cuidados ativos e totais com medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2007).

No Brasil, essa prática surge em Porto Alegre (RS), com a Prof<sup>a</sup> Dra. Miriam Marteleite, anesthesiologista, que, em 1979, fundou o Serviço de Dor no Hospital de Clínicas e, em 1983, o Serviço de Cuidados Paliativos (FIGUEIREDO, 2011). Em 1990, o professor Marco Túlio de Assis Figueiredo abriu os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM) e, em 1996, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugurou o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico que, posteriormente, se transformou em uma unidade de Cuidados Paliativos (HC-IV). No Rio de Janeiro, em 1997, foi fundada a Fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e, em 2005, surgiu a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (AZEVEDO *et al*, 2015 E SILVA; SILVEIRA, 2015).

No Espírito Santo, em 2013, a Secretaria de Estado da Saúde realizou o primeiro *workshop* sobre cuidados paliativos (SESA, 2013). Atualmente, a maioria dos grandes hospitais da rede SUS, da Grande Vitória, contempla comissões aptas para tratamento/acompanhamento de paciente com indicação de paliatividade.

Em 2011, 1.170.498 pessoas faleceram no Brasil. 800 mil óbitos foram provocados por doenças de evolução crônica ou degenerativa e neoplasias (MALTA *et al.*, 2014). A maior parte desses óbitos deve ter ocorrido em hospitais com possibilidade razoável de grande sofrimento e sem os benefícios dos cuidados paliativos. Em 2006, foram 690 mil óbitos em ambientes hospitalares (ANCP, 2009).

A revista *The Economist* avaliou, em 2015, a qualidade de morte em 80 países. Os critérios avaliados foram: disponibilidade de acesso a opioides, existência de políticas públicas de saúde específicas de cuidados paliativos e acesso a cuidados paliativos nos serviços de saúde. O Brasil ficou no 42º lugar. Uma classificação pior do que Chile (27º), Costa Rica (29º), Panamá (31º), Argentina (32º), Uruguai (39º), África do Sul (34º), Uganda (35º), Mongólia (28º) ou Malásia (38º) (ANCP, 2018).

Basicamente, a prática dos cuidados paliativos está embasada em dois pilares: inclusão da família como também beneficiários da paliatividade e tratamento do doente e não somente da

doença. Pode ser praticada em diferentes ambientes, desde hospitais até em domicílio e possui diferentes níveis de atuação (PUPIM, 2018).

Os níveis de atuação dos cuidados paliativos são definidos da seguinte forma: a ação paliativa que representa o nível básico da palição pode ser prestada em regime domiciliar e/ou ambulatorial, cuidados paliativos de nível I que são prestados por equipes com formação diferenciada em cuidados paliativos, estruturam-se através de equipes móveis que não dispõem de estrutura de internação própria, mas de espaço físico para sediar suas atividades, podem ser prestados tanto em regime domiciliar como de internação; cuidados paliativos de nível II são prestados em unidades assistenciais com internação própria ou em domicílio, por equipes diferenciadas que atuam, garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas, compreendendo o âmbito de atuação da média complexidade, as equipes multiprofissionais possuem formação diferenciada em cuidados paliativos e que, além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação dos cuidados e de todas as dimensões que os encerram – psicológica, social, emocional e espiritual. Cuidados Paliativos de nível III, além das condições e capacidades próprias dos cuidados paliativos de nível II, somam-se desenvolvimento de programas estruturados e regulares de formação especializada e capacitação em cuidados paliativos; desenvolvimento de pesquisa em cuidados paliativos, assim como de protocolos e condutas na área e capacidade, através de equipe multidisciplinar completa e diferenciada, de responder e orientar situações de elevada exigência e complexidade em cuidados paliativos (MACIEL et al, 2006).

Para melhores resultados com a prática da paliatividade, é de vital importância definir critérios de indicação visando identificar de forma precoce e precisa pacientes com necessidade de paliatividade. A OMS definiu que todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida, possuem indicação de Cuidados Paliativos, entretanto é inviável colocar em prática essa definição, pois não há estrutura física e profissionais para tamanha demanda (ANCP, 2009). Nos EUA, os critérios adotados são: expectativa de vida avaliada ser menor ou igual a seis meses, o paciente deve fazer opção por Cuidados Paliativos exclusivos e não aceitar tratamentos de prolongamentos de vida e ser beneficiário do *medicare* (ANCP, 2009).

A ANCP, por meio do Manual de cuidados paliativos 2009, definiu indicações de paliatividade levando em consideração condição clínica do paciente (Quadro 1), critérios de terminalidade das doenças de base (Quadro 2) e dos pacientes internados em UTI (Quadro 3) (ANCP, 2009).

### Quadro 1 - Indicações de cuidados paliativos segundo as condições do paciente

<p>Paciente não é candidato à terapia curativa;</p> <p>Paciente tem doença grave e prefere não ser submetido a tratamento de prolongamento de vida;</p> <p>Nível inaceitável de dor por mais de 24 horas;</p> <p>Sintomas não-controlados (náuseas, dispneia, vômitos, etc.);</p> <p>Sofrimento psicossocial e/ou espiritual não-controlado;</p> <p>Visitas frequentes ao atendimento de emergência (mais de uma vez no mês pelo mesmo diagnóstico);</p> <p>Mais do que uma admissão hospitalar pelo mesmo diagnóstico nos últimos 30 dias;</p> <p>Internação prolongada sem evidência de melhora;</p> <p>Internação prolongada em UTI;</p> <p>Prognóstico reservado documentado pela equipe médica;</p>
--

Fonte: Adaptado do Manual de cuidados paliativos da ANCP (2009).

### Quadro 2 - Critérios de indicação para cuidados paliativos em UTI

<p>Admissão proveniente de instituição de longa permanência; portador de uma ou mais condições crônicas limitantes (por exemplo, demência);</p> <p>Duas ou mais estadias na UTI na mesma internação;</p> <p>Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falha na tentativa de desmame;</p> <p>Falência de múltiplos órgãos;</p> <p>Paciente candidato à retirada de suporte ventilatório com possibilidade de óbito;</p> <p>Câncer metastático;</p> <p>Encefalopatia anóxica;</p> <p>Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões;</p>
--

Fonte: Adaptado do Manual de cuidados paliativos da ANCP (2009)

Quadro 3 - Considerar a multa sobre cuidados paliativos para pacientes com critérios de terminalidade de suas doenças de base

Câncer	Qualquer paciente com câncer metastático ou inoperável;
Doenças cardíacas	Sintomas de insuficiência cardíaca congestiva durante o repouso; Fração de ejeção < 20%; Uma nova disritmia; Ataque cardíaco, síncope ou acidente vascular cerebral; Idas frequentes ao pronto socorro devido aos sintomas;
Doenças Pulmonares	Dispneia durante o repouso; Sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca direita Saturação de O <sub>2</sub> < 88% pCO <sub>2</sub> > 50 Perda de peso não-intencional
Demência	Incapacidade para andar Incontinência Menos de seis palavras inteligíveis Albumina < 2,5 ou menor ingestão por via oral Idas frequentes ao PS
Doenças hepáticas	TP > 5 s Albumina < 2,5 Ascite refratária Peritonite bacteriana espontânea Icterícia Desnutrição ou perda de massa muscular
Doenças renais	Não candidato à diálise Depuração da creatinina < 15 ml/min Creatinina sérica > 6
Síndrome da fragilidade	Idas frequentes ao PS Albumina < 2,5 Perda de peso não-intencional Úlceras de decúbito Confinamento ao leito/domicílio

Fonte: Adaptado do Manual de cuidados paliativos da ANCP (2009).

O hospital estadual Doutor Dório Silva localizado no município da Serra - ES possui equipe multidisciplinar de cuidados paliativos. O fluxo de entrada dos pacientes internados no hospital à equipe de cuidados paliativos ocorre por meio de solicitação de parecer à comissão feita pelo médico que está tratando o paciente naquele momento. Após avaliação e indicação de paliatividade, a equipe de paliatividade decidirá melhor local de condução e tratamento do paciente/família e acompanhamento diário em conjunto com demais especialidades que o quadro do paciente necessitar.

Na prática, devido a aspectos culturais da população brasileira e educacionais na formação de profissionais de saúde, nota-se pouca utilização de cuidados paliativos na identificação precoce e avaliação adequada, assistência de pacientes com indicação de cuidados paliativos que estão ou não internados em um leito de UTI (HERMES; LAMARCA 2013). Assim, há prolongamento do sofrimento físico e psicológico para paciente e família, impacto econômico no SUS com gastos em tecnologias que não melhorarão o quadro clínico do paciente e, ainda dificuldade de acesso aos leitos de UTI para pacientes com doenças que se beneficiarão de tratamento intensivo.

A motivação para realizar esse estudo se justifica em função de que atuo em UTI, como médico plantonista, desde 2011. Durante esses anos, venho observando que pacientes com indicação de cuidados paliativos são internados em UTI, aumentando seu sofrimento físico e psicológico frente às intervenções para manutenção da vida, somado ao fato do distanciamento da família que também sofre em função deste afastamento e do sofrimento de seu ente querido. Outra questão que também venho observando é a necessidade de leitos de UTI na Serra para pacientes com indicação de internação em UTI, mas que não conseguem vagas em função da demanda reprimida de leitos de UTI.

A partir do diagnóstico do problema a ser investigado, as contribuições do estudo implicam em melhoramento da gestão dos leitos de UTI, principalmente para os pacientes que se beneficiarão de internação em UTI, bem como uma assistência integral àqueles que estão com indicação de cuidados paliativos que permanecem internados na UTI em estudo.

Desta forma, a questão problema a ser investigada é: qual a taxa de ocupação de leitos da UTI em um hospital estadual no município de Serra com pacientes com indicação de cuidados paliativos? A hipótese do estudo então é: os pacientes com indicação de cuidados paliativos interferem na taxa de ocupação de leitos de uma UTI de um hospital estadual no município de Serra.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a indicação em cuidados paliativos e as implicações sobre a taxa de ocupação de leitos de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital estadual do Espírito Santo, Brasil.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Abordar sobre o suporte tecnológico na assistência integral e suas implicações sobre a taxa de ocupação em unidades de terapia intensiva;

Descrever sobre a regulamentação dos cuidados paliativos e a realidade nos serviços de saúde;

Avaliar a utilização da escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST) para identificação de pacientes com indicação de cuidados paliativos.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Estudo descritivo, analítico, retrospectivo, documental com abordagem quantitativa.

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

Hospital Doutor Dório Silva localizado no município de Serra do estado do Espírito Santo, Brasil, possui serviço de clínica médica, ortopedia, nefrologia, neurocirurgia, cirurgia geral, é referência estadual para hemorragia digestiva alta e baixa. Possui 2 vagas de residência médica em clínica médica. Em 2017, tinha 286 leitos, sendo 40 de terapia intensiva, divididos em 3 UTI's. Possui equipe multidisciplinar de cuidados paliativos desde setembro 2015. Atualmente, a equipe que atua no ambiente intra-hospitalar de forma ativa é composta por 2 médicas, 1 psicóloga e 1 assistente social; a equipe parceira é composta por 2 capelães (voluntários), 1 dentista, 1 fonoaudiólogo, 1 nutricionista. A equipe do Programa de Internação Domiciliar (PID), que fornece acompanhamento 12 horas por dia, é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, possui apoio de psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo e dentista, quando necessário. Auxilia pacientes paliativos em ambiente extra-hospitalar. Desde a implantação da equipe paliativa, foram iniciados programas de educação com a equipe e setores do hospital visando divulgar e ensinar sobre o tema. Dentre as medidas, houve 3 simpósios abertos para profissionais de saúde de outros hospitais e rodas de conversas em diferentes setores intra-hospitalar.

#### **3.3 AMOSTRA**

Prontuários de pacientes internados nas UTI's do hospital Doutor Dório Silva, no ano de 2017. Trata-se, então, de uma amostra por conveniência totalizando 974 prontuários.

##### **3.3.1 Critério De Inclusão**

Foram incluídos os prontuários de pacientes que permaneceram internos na UTI no ano de 2017.

### 3.3.2 Critério De Exclusão

Foram excluídos prontuários dos pacientes cujos dados se encontravam incompletos ou ausentes.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Prontuários do sistema eletrônico de prontuários (sistema MV) de pacientes internados na UTI do Hospital Doutor Dório Silva, no município de Serra, ES, no ano de 2017 e análise de dados do sistema *Epimed solutions*.

#### 3.4.1 Prontuários Eletrônicos

Fundada em 20 de julho de 1987, na cidade de Porto Alegre, no Brasil, a MV, é uma das maiores comunidades de saúde do mundo, fornecendo soluções de gestão especializadas no segmento. Mais de 1000 organizações, 100 mil médicos e 275 mil profissionais no Brasil, América Latina e África utilizam a tecnologia a favor da gestão, da saúde e da vida, conforme consta nos dados informados em sua página na internet (MV, 2015).

O sistema *Epimed solutions* foi fundado em 2007 por médicos intensivistas com ampla experiência em estudos de risco e prognóstico. É líder no mercado de gestão de informações clínicas, especializada no desenvolvimento de sistemas e tem como objetivo melhorar a qualidade e a eficiência do atendimento hospitalar. O sistema *Epimed Monitor* está presente em mais de 400 hospitais em todo o Brasil com 750 UTIs e 11.000 leitos monitorados, totalizando mais de 1.000.000 de pacientes em sua base. É a maior base de dados clínicos e epidemiológicos da América Latina (Registro Nacional de Terapia Intensiva, 2018).

#### 3.4.2 Instrumento De Coleta De Dados

O instrumento utilizado foi a escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST) (p. 56, ANEXO A). Essa escala foi criada pelo Center Advance Palliative Care (2004/2007) por meio do documento de políticas de acordo com Joint Commission on Accreditation of Healthcare Institutions (JCAHO). A escala avalia quatro critérios: doença de base, doenças associadas, condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente e quando o *score* (soma dos 4 critérios) for maior ou igual a 4 pontos deve-se considerar condições para cuidados paliativos. Apesar de não possuir validação no Brasil, foi utilizada por diversos autores para

avaliar paciente com indicação de cuidados paliativos, como Marcucci *et al* (2016), Lucchetti *et al* (2009), Perilla, Marcucci e Cabrera (2013), Amancio *et al* (2015).

A escala *Palliative Performance Scale* (PPS) (p. 59, ANEXO D) permite estabelecer um prognóstico e avaliar a funcionalidade do doente. Essa escala analisa cinco parâmetros: mobilidade, atividade e evidências de doenças, autocuidado, ingestão e estado de consciência e atribui valores de 0% a 100%, sendo que 0% significa a morte, 100% que o doente não possui alteração funcional (VICTORIA HOSPICE SOCIETY, 2004) e avalia cuidados paliativos se paciente tem PPS menor que 40%.

Apesar da escala (PPS) ser mais conhecida e utilizada pelas equipes de cuidados paliativos, esse estudo não a utilizou por não englobar todos os tópicos da PCST e pelos dados contidos nela não serem descritos comumente nas anamneses de forma rotineira, o que levaria à redução da amostra (p. 59, ANEXO D).

### 3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em planilhas do *Excel – Microsoft Office 2010* – e analisados de forma descritiva e analítica.

As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequência e percentuais e organizadas por frequências e percentuais, e associadas pelo teste do qui-quadrado, já as numéricas foram resumidas por meio de medidas como média, mediana e desvio padrão.

As variáveis estudadas foram: 1) todos dos tópicos contidos na escala PCST, 2) somatório PCST da admissão e durante a internação, 3) se foi solicitado parecer para comissão de cuidados paliativos, 4) se o paciente foi colocado em cuidados paliativos, 5) religião, 6) tempo para solicitação do parecer para comissão de cuidados paliativos, 7) tempo de resposta do parecer, 8) caso tenha valor da escala PPS (qual o valor), 9) desfecho, 10) se houve concordância entre as escalas PCST e PPS.

O tempo para solicitação e resposta dos pareceres foi analisado por meio de medidas de resumo de dados como: mínimo, máximo, média e desvio padrão.

Foi utilizado o teste Kappa para verificar a concordância entre as escalas PCST e PPS cujos valores de referência são: < 0 Não existe; Concordância 0 – 0,20; Concordância Mínima 0,21

– 0,40; Concordância Razoável 0,41 – 0,60; Concordância Moderada 0,61 – 0,80; Concordância Substancial 0,81 – 1,0; e Concordância Perfeita (LANDIS; KOCH, 1977).

A análise foi realizada no programa SPSS, versão 25 e considerando um nível de significância de 5%, ou seja, valores de p menores do que 0,05 serão considerados significativos.

### 3.6 QUALIDADE DO ARMAZENAMENTO DOS DADOS

Foi refeita a verificação de 10% da amostra para confirmação dos resultados.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória sob CAAE: 92777518.2.0000.5065 e aprovado sob parecer número 2.793.152

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

Na revisão de literatura, inicialmente, abordamos sobre o suporte tecnológico na assistência integral e suas implicações sobre a taxa de ocupação em unidades de terapia intensiva e, na sequência, descrevemos sobre a regulamentação dos cuidados paliativos e a realidade nos serviços de saúde.

### **4.1 SUPORTE TECNOLÓGICO NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL E SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE A TAXA DE OCUPAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

#### **4.1.1 Histórico E Questões Contemporâneas Da UTI**

A história da medicina intensiva se inicia com a atuação da enfermeira Florence Nightingale, na guerra da Criméia, em 1854, quando separava pacientes em locais fechados e os tratava conforme a gravidade (Wallace e Kahn, 2015). Esse conceito de unidade de terapia intensiva, iniciado com Florence Nightingale, com o propósito de oferecer tratamento contínuo e intensificado em locais separados para pacientes críticos, foi difundido pelo mundo. Em 1923, o doutor Walter Edward Dandy criou, no Hospital Johns Hopkins (EUA), a unidade de enfermagem especializada de 24 horas para pacientes de pós-operatório neurocirúrgico. Essa unidade é considerada a primeira UTI dos Estados Unidos da América. No Brasil, na década de 70, no hospital Sírio-Libanês, foi inaugurada a primeira unidade de terapia intensiva brasileira (CUCHI, 2009).

Além da utilização de tratamento durante 24 horas por dia, em ambientes separados, foram agregadas às unidades de terapia intensiva mão de obra especializada e suportes tecnológicos cada vez mais avançados.

Atualmente, o leito de UTI, na prática da medicina moderna, é um recurso precioso e faz parte da política nacional de atenção às urgências e emergências, conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 1.600/2011 e o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). É cada vez mais utilizado, entretanto há um desequilíbrio entre a oferta de vagas e demanda dos doentes. Tanto o atraso na admissão como a alta precoce podem ser deletérias aos necessitados, por esse motivo é de vital importância a gestão/utilização de forma adequada e racional desta estrutura.

A administração desses leitos é um desafio para os gestores da saúde. Assim, é de vital importância monitorizar adequadamente a sua utilização. Desta forma, os gestores hospitalares utilizam os indicadores de saúde que são instrumentos de informações relevantes os quais auxiliam no planeamento de saúde. Nesse trabalho, será enfatizada a taxa de ocupação operacional dos leitos de UTI.

Portanto, a monitorização e administração dos leitos de terapia intensiva por meio de indicadores de saúde, por exemplo, a taxa de ocupação, associada ao avanço progressivo do ponto de vista tecnológico e intelectual nas UTIs contribuem de forma enfática para oferta de melhor tratamento aos pacientes críticos e, por consequência, redução morbimortalidade dos mesmos.

#### 4.2 TECNOLOGIA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Com o passar do tempo, foram acrescentados às unidades de terapias intensivas novos conhecimentos, tanto do ponto de vista intelectual como tecnológico. No que diz respeito ao intelectual, avançou-se em estudos com medicina baseada em evidência, criação de cursos para médicos, enfermeiros, fisioterapeutas voltados para terapia intensiva e implantação de equipes multidisciplinares. Do ponto de vista tecnológico, surgiram equipamentos visando manter ou, em alguns casos, substituir funções vitais, como por exemplo, máquinas de hemodiálise que substituem a função dos rins, ventiladores mecânicos que são utilizados em pacientes impossibilitados de respirar, métodos diagnósticos mais eficazes e, em alguns casos, portáteis, como a ultrassonografia, para realização em pacientes impossibilitados de transporte, monitores de sinais vitais mais avançados e descobertas de novos medicamentos, como os antibióticos que revolucionaram o tratamento de infecções bacterianas e drogas vasoativas que auxiliam na estabilização hemodinâmica.

Graças aos avanços intelectual e tecnológico, às unidades de terapia intensiva, além de oferecerem tratamento contínuo e intensivo, agregou-se a função de estabilizar e manter as funções vitais dos pacientes graves.

No Brasil, a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.432/1998, estabeleceu critérios de atendimento para as unidades de terapia intensiva e a resolução nº 7 da ANVISA, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de

Terapia Intensiva, ambas versam sobre a obrigatoriedade de oferecer assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêutica.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 3.432 define critérios para se classificar a UTI tipo II e III. A primeira deve contar com equipe básica composta por: um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva, um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva para cada dez leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde, um médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração, um enfermeiro coordenador exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem, um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho, um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração no turno da manhã e da tarde, um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho, um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza, acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista.

Descreve, também, com qual estrutura o hospital deve contar, como por exemplo, laboratórios de análises clínicas disponíveis nas 24 horas do dia, agência transfusional disponível nas 24 horas do dia, hemogasômetro, ultrassonógrafo etc. Além de contar com acesso a estudo hemodinâmico, angiografia seletiva, endoscopia digestiva, fibrobroncoscopia, eletroencefalografia. Além desses quesitos, listam os materiais e equipamentos necessários à humanização do ambiente: iluminação natural, visitas diárias de familiares, relógios visíveis.

A regulamentação da equipe, estrutura física e tecnológica hospitalar mínima nas unidades de terapia intensiva enfatizam a importância deste setor, a complexidade de criação desta estrutura, o custo financeiro elevado para montar e mantê-la.

A partir do século XIX, surgiu o processo de medicalização social que se desenvolveu no século XX, cujo resultado foi o advento de recursos para manutenção de vida, ou seja, desenvolvimento tecnológico, entretanto trouxe uma equivocada percepção de que o homem jamais morrerá, além de desumanização do paciente (MENEZES, 2003).

É notório o avanço tecnológico/intelectual na unidade de terapia intensiva e quão importante ela é na vida de doentes críticos, entretanto necessita ser utilizada de forma criteriosa e racional, visando evitar custos financeiros inadequados, aumento do sofrimento do paciente com prolongamento da vida, mas sem qualidade, afastamento da relação entre médico,

paciente e família com a prática de medidas fragmentadas e que visam somente o tratamento da doença sob a ótica biológica não se utilizando ações integradas de assistência à saúde que tratam o doente como um todo.

A lei 8.080 de 1990 do SUS, em seu capítulo 2, artigo 7 e inciso II, cita: [...] integralidade da assistência é um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990, p. 18056).

Apesar de a integralidade ser um conceito que faz parte dos princípios e diretrizes do SUS, é um desafio aplicá-la de forma cotidiana, pois para tal é necessário ultrapassar o conceito biomédico atual baseado em práticas curativistas e não interligadas (MEDEIREOS, 2016). Somente a aplicação da tecnologia disponível no ambiente da UTI não garante a aplicação deste conceito e sim pode exacerbar a distância da figura humana da equipe assistencial/doente/família, com a interposição de máquinas entre essa importante relação e causando com isso não obtenção do resultado positivo pleno esperado.

A prática do cuidado integral em saúde é um desafio e ao mesmo tempo deveria ser uma meta buscada por todos os profissionais de saúde. Esse cuidado ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves (MERHY, 2002).

Tecnologias duras: aquelas ligadas a equipamentos, procedimentos; tecnologias leve-duras: aquelas decorrentes do uso de saberes bem estrutura-dos, como a Clínica e a Epidemiologia; tecnologias leves: aquelas relacionais, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente. (MERHY, 2002).

É necessário entender e praticar diariamente o cuidado do paciente como um todo, ou seja, utilizar toda estrutura física e tecnológica disponível associada à equipe multiprofissional especializada capaz de se adequar às demandas de cada paciente, ofertando ações de assistência integral, de qualidade, resolutiva e humanizada (MEDEIROS, 2016). Ou seja, união das tecnologias e humanização em prol de um tratamento adequado e que abrange o doente e não somente a doença.

Portanto, o suporte tecnológico na terapia intensiva apresentou e apresenta evolução importante, possui grande valor para se obter êxito no tratamento, entretanto a utilização da tecnologia dura por si só não garante atendimento integral e humanizado aos indivíduos.

#### 4.3 TAXA DE OCUPAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES

Uma das bases para evolução da intelectual e tecnológica da medicina, com enfoque na unidade de terapia intensiva, foi a produção de dados estatísticos e indicadores de saúde. Florence Nightingale, também, foi pioneira na utilização de dados estatísticos/indicadores, visando criar evidências com objetivo de ofertar melhor tratamento aos pacientes críticos. Segundo ela, “todas as ciências das observações dependem de métodos estatísticos – sem estas, são empiricistas cegos” (WALLACE; KAHN, 2015).

Atualmente, utilizam-se indicadores de saúde que são instrumentos muito valiosos. Estes demonstram, indiretamente, em diferentes áreas da saúde, informações muito importantes sobre diferentes temas, por exemplo, qualidade da assistência do serviço, áreas que necessitam de mais recursos, desempenho do sistema de saúde, auxilia no gerenciamento das instituições, identifica áreas dos hospitais que necessitam ser melhores estudadas, entre outros benefícios (DE OLIVEIRA *et al*, 2017).

Não se pode negar que a UTI é uma área crítica e importante de um hospital, pois é o local onde se lida com pacientes graves, onde são realizados procedimentos invasivos que podem colocar em risco o paciente, por exemplo, risco de infecção hospitalar, utilização de equipamentos que visam manutenção de sinais vitais e sua falha poderá provocar consequências graves ao paciente, podendo acarretar inclusive o óbito, além de utilização de tecnologia e medicamentos de alto custo que, quando mal utilizados, podem provocar desequilíbrio econômico à instituição de saúde. Por esses motivos, é um ambiente muito vigiado em uma instituição e os indicadores de qualidade e de segurança são instrumentos que auxiliam na monitorização destas áreas, por exemplo, tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva, taxa de mortalidade, incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM) e taxa de ocupação operacional (DE OLIVEIRA *et al*, 2017).

O artigo 48 da resolução nº 7 da ANVISA, 2010, versa sobre a monitorização e avaliação do desempenho da UTI:

Devem ser monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos (ANVISA, 2010, p.53).

Para auxiliar na administração dos leitos operacionais de UTI, utilizam-se indicadores de saúde. Nesse estudo, se dará ênfase ao cálculo da taxa de ocupação dos leitos operacionais.

Na Catalunha, conforme estudo realizado, a taxa de ocupação média de  $83 \pm 19\%$  com 100% de ocupação em 35% dos registros (FERNANDEZ R *et al* 2014).

Não há um valor ideal sobre a taxa de ocupação das unidades de terapia intensiva. Deve-se buscar, por meio de uma administração adequada, a inexistência dos extremos, ou seja, uma taxa de ocupação muito baixa ou muito elevada, visando evitar implicações negativas para a instituição, equipe assistencial e paciente (ANS, 2013).

Unidade de terapia intensiva com baixa taxa de ocupação de leitos operacionais, além de evidenciar má gestão, provoca ociosidade da equipe assistencial, prejuízo econômico para manter estrutura tecnológica e assistencial deste ambiente e desperdício de mão de obra qualificada (ANS, 2013).

Não é rara a existência de UTIs sobrecarregadas, devido à demanda elevada de pacientes e, em alguns casos, há presença de lista de espera para internação neste setor e, por conseguinte, há uma pressão sobre a equipe por altas precoces visando maior rotatividade e novas admissões. Esse cenário não é salutar e contribui para aumento de taxa de readmissão e da mortalidade dos pacientes (ARAUJO *et al* 2013 e BAI J *et al* 2016).

Vale ressaltar que a falta de disponibilidade de leitos de unidade de terapia intensiva resulta em admissão tardia, contribuindo assim para aumento da mortalidade (CHURPEK *et al*, 2016) e redução da possibilidade de admissão de pacientes com deterioração aguda nas enfermarias (BAGSHAW *et al*, 2017).

Infelizmente, há pacientes com indicação de internação em UTI sendo tratados em enfermarias, devido à falta de leitos disponíveis. E estes, geralmente, são acompanhados e tratados por equipe não especializada em doentes críticos e, mesmo que tenha visita diária de intensivista e fisioterapeuta, não se observa redução de custos e de efeitos adversos (URIZZI, *et al* 2017). Para agilizar vagas a esses pacientes, há pressão sobre a equipe que assiste a UTI, visando evitar altas atrasadas. Os danos provenientes das altas tardias estão relacionados ao aumento da morbimortalidade, do estresse sobre os trabalhadores e impacto financeiro (GARCIA *et al* 2017 e JOHNSON *et al* 2013).

A monitorização e administração dos leitos de terapia intensiva por meio de indicadores de saúde, por exemplo, a taxa de ocupação de leitos operacionais, é de vital importância para auxiliar na gestão de leitos de UTI, visando evitar implicações extremamente negativas, como

altas atrasadas, estresse sobre a equipe, que podem propiciar altas precoces, suspensão de cirurgias eletivas, atraso nas admissões, impacto financeiro e aumento da morbimortalidade.

#### 4.4 DESCREVER SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS E A REALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Na idade média, o doente morria em domicílio e cercado de familiares e amigos. No século XIX e, com maior força, no XX, com o advento da medicalização social, houve grande evolução da tecnologia dura, com crescente poder ao médico, promovendo com isso a ideia equivocada de que o ser humano jamais morreria. Assim, o médico, detentor de conhecimento, associado ao advento de novas tecnologias, entendia que a morte era, antes de tudo, um fracasso (MENEZES, 2003). Logo, utilizava toda tecnologia dura existente em prol da manutenção da vida, entretanto essa prática trouxe como resultado o conceito de “morte moderna”, na qual o indivíduo morria solitário, em ambiente hospitalar e multi-invadido por tubos, ou seja, trazia ao paciente isolamento e desumanização (MENEZES, 2003).

O início da mudança da forma de tratamento do paciente, com o foco no doente e não na doença, ocorreu na década de 1960 com o advento dos cuidados paliativos no Reino Unido (GOMES e OTHERO, 2016). Em 2002, a OMS definiu cuidados paliativos dando ênfase na utilização e práticas de medidas visando aumentar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares (OMS, 2007). No Brasil, a partir de 1979, em Porto Alegre, essa prática se inicia, mas de forma isolada e tímida (FIGUEIREDO 2011). Na década de 1990, São Paulo e Rio de Janeiro, também com práticas isoladas experimentais, iniciaram a paliatividade (ANCP).

Por ser um tema novo, não fazia parte da organização curricular das instituições de ensino das graduações de saúde nem era reconhecida como especialidade médica, segundo Atlas de Cuidados Paliativos da América Latina de 2012. A subespecialidade médica em cuidados paliativos foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina em setembro de 2011. Neste mesmo ano, no Brasil, havia entre 180 a 188 faculdades com curso de graduação em medicina. Destas, apenas 3 faculdades apresentavam cuidados paliativos como tema de estudo obrigatório (Atlas de Cuidados Paliativos da América Latina, 2012 p 43). Em 2018, dos 302 cursos de graduação em medicina do país, somente 42 (14%) oferecem uma disciplina de Cuidados Paliativos. Destas, somente 18 cursos (6%) são disciplinas obrigatórias (ANCP, 2018). Isso demonstra pouca evolução no que diz respeito à capacitação de profissionais em âmbito nacional. Assim, o desconhecimento gerou e gera conclusões equivocadas de que

cuidados paliativos seja sinônimo de abandonar o paciente sem tratamento e, em alguns casos extremos, seria a prática da eutanásia, ou seja, antecipação da morte ao doente. Associado ao desconhecimento, a falta de regulamentação política e jurídica gera insegurança nos profissionais de saúde e contribui para dificultar a disseminação da prática de cuidados paliativos no Brasil.

#### **4.4.1 Regulamentação Jurídica**

No Brasil, ainda não há uma lei que regule, de forma definitiva e clara, a prática dos cuidados paliativos, mas documentos como Constituição Federal, Resolução do Conselho Federal de Medicina, Código de Ética Médica e fundamentos da bioética fornecem amparo jurídico para prática da paliatividade em âmbito nacional.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, no artigo 25.1, versa sobre o direito que toda pessoa tem de ter um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à assistência médica (ALBUQUERQUE *et al*, 2018, p 17). Ao se analisar os direitos humanos envolvidos nos cuidados paliativos, pode se citar: direito à saúde, direito à privacidade e direito a não ser submetido a tratamento desumano ou degradante e direito à informação (ALBUQUERQUE *et al*, 2018, p 14).

Ao se analisar, no âmbito da bioética, cujos princípios fundamentais são autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, que significam respectivamente, liberdade do indivíduo de escolher e agir conforme seus anseios, priorizar ações que maximizam benefícios, evitar ações que causem dano ao paciente e decisões que proporcionem equitativamente benefícios, levando à tomada de decisões prudentes (DA COSTA *et al*, 2016), assim, estes princípios praticamente definem os pilares da prática da paliatividade.

O artigo 5, inciso terceiro, da Constituição Federal de 1988 declara: “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). Esse artigo da Constituição Federal é a síntese das bases dos cuidados paliativos uma vez que se busca evitar a prática de procedimentos médicos, muita das vezes invasivos, que podem até aumentar o número de dias vida do paciente, entretanto às custas de um elevado sofrimento físico, psicológico para o doente e familiares, além de uma qualidade de vida precária (MEIRA *et al*, 2018).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 19/2002 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos cujos objetivos gerais são: articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/ assistência aos pacientes com dor e cuidados paliativos, estimular organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para assistência, promover educação continuada de profissionais de saúde e educação comunitária para assistência de dor e cuidados paliativos, organizar a captação e disseminação de informações para profissionais de saúde, pacientes, familiares e população em geral relativa, dentre outras, à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais, cuidados paliativos, pesquisas, novos métodos de diagnóstico e tratamento, avanços tecnológicos, aspectos técnicos e éticos e desenvolver diretrizes assistenciais nacionais devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira.

Esta portaria iniciou a discussão sobre o assunto de cuidados paliativos visando estimular a disseminação de informações na sociedade em geral e profissionais de saúde, organização de serviços e equipes multidisciplinares, além de estimular o desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil. (MEIRA *et al*, 2018).

A Resolução do CFM nº 1.805/2006 versa de forma favorável à prática da ortotanásia, ou seja, a morte natural sem dor e sofrimento, sem abreviar ou prolongar a vida em sua fase final (PESSINI 2016), assim, o médico desde que autorizado pelo paciente ou seu representante legal, atuará para garantir tratamento e desfecho digno, livre de tecnologias/terapêuticas que promovam um paradoxo de aumentar os dias de vida às custas de promover maior sofrimento físico, mental e pior qualidade de vida ao doente portador de doenças incuráveis terminais graves e seus familiares.

O novo Código de Ética Médica, na Resolução nº 1.931/2009, apresentou o conceito de cuidados paliativos no capítulo 1, inciso XXII, fomentando sua prática, demonstrando que é ético sua utilização e contribuindo para diminuir a sensação de insegurança jurídica: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados. ” (CFM, 2009, p.31).

Há, no Congresso Nacional, o projeto de lei nº 116/00 proposto pelo ex-senador Gerson Camata que altera o Decreto-Lei nº 2.848/40 e alterará o Código Penal. Este projeto dispõe de forma inequívoca que a ortotanásia não poderá ser entendida como omissão de socorro e homicídio privilegiado, conforme o artigo 121 do Código Penal brasileiro que ocorre em duas

situações: “Ter sido crime cometido por motivo de relevante valor social ou moral; ou Sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima” (BRASIL, 2000, p.1).

Fica claro no projeto de lei do senado nº 116, de 2000, em seu art. 136, que não se constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, ou mesmo deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade de um responsável legal (BRASIL, 2000, p.1).

No ano de 2009, a Comissão de Bioética da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) propôs ao Senador Camata a apresentação do Projeto de Lei nº 524/2009 que visa a regulação dos direitos concernentes à pessoa em fase terminal de doença a fim de evitar tratamentos que não modificam o curso de doenças consideradas incuráveis e em estágio avançado, objetivando reduzir o sofrimento dos pacientes e de seus familiares. Desta forma, consta, em seu art. 2º, que “a pessoa em fase terminal de doença tem direito, sem prejuízo de outros procedimentos terapêuticos que se mostram cabíveis, a cuidados paliativos e mitigadores do sofrimento, proporcionais e adequados à sua situação” (BRASIL, 2009, p. 1).

Com o objetivo de assegurar um desfecho de vida digno e livre de utilização de terapêuticas que prologuem o sofrimento, indivíduos têm utilizado um instrumento chamado testamento vital ou diretivas antecipadas do paciente. Consiste em uma declaração sobre seu desejo em relação a seu tratamento. O Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução nº 1995/12, dispôs sobre a definição e aplicação das diretivas antecipadas de vontade do paciente (testamento vital). Essa resolução, apesar de não ter poder de lei, fornece embasamento aos profissionais de saúde em respeitar a vontade do doente.

Em 2014, a pesquisadora Luciana Dadalto criou o registro nacional de testamento Vital (Rentev). Trata-se do maior banco de dados de testamentos vitais do Brasil disponível na internet (FROSSARD, 2016).

Em dezembro de 2018, a Assembleia Legislativa de São Paulo aprovou o projeto de lei nº 231/18 que dispõe sobre o consentimento informado e instruções prévias de vontade sobre tratamento de enfermidade em fase terminal de vida, ou seja, testamento vital, no capítulo IV, os artigos 7 e 8 deste projeto de lei versam sobre o direito do paciente à tomada de decisão informada:

Artigo 7º – A pessoa tem o direito de conhecer toda a informação disponível sobre a sua saúde, durante enfermidade terminal para, em acordo à sua vontade, concordar ou recusar intervenções e tratamentos propostos pelos profissionais de saúde que visem tão somente prolongar sua vida em razão da existência de determinadas tecnologias ou medicamentos paliativos, sem possibilidade de recuperação de sua saúde.

Artigo 8º – O direito de concordar ou negar-se a receber uma intervenção ou tratamento, ou a decisão de interrompê-lo, poderá ser feito durante o processo da enfermidade, por si ou por representante livremente escolhido ou familiares, na forma desta lei (SÃO PAULO, 2018, p. 3).

Apesar de ainda não haver lei que regularize a prática dos cuidados paliativos no Brasil, do ponto de vista jurídico de forma definitiva, houve nos últimos anos avanços importantes, maior disseminação das informações sobre o tema na sociedade propiciando ao profissional de saúde a prática da paliatividades com maior embasamento legal.

#### **4.4.2 Regulamentação Dos Cuidados Paliativos No Sistema De Saúde Do Brasil**

Associado ao avanço legal, nos últimos anos, observou-se evolução na definição e regulamentação dos cuidados paliativos em diferentes níveis de atenção à saúde.

As Portarias do Ministério da Saúde citam cuidados paliativos: nº 140/2014 contempla paliatividades no paciente oncológico; a nº 483/2014 aborda essa prática nos pacientes portadores de doenças crônicas; nº 835/2016 versa, dentre outros assuntos, sobre cuidado paliativo em ambiente domiciliar; e a nº 2.436/2017 cita paliatividades na atenção básica.

Em 31 de outubro de 2018, os cuidados paliativos, por meio da resolução nº 41, foi um marco positivo para a prática da paliatividades em âmbito nacional, pois passou a ser política de saúde pública. Esta resolução estabelece que a toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, serão ofertados cuidados paliativos a partir do diagnóstico desta condição. Aborda obstáculos que impedem evolução em velocidade adequada da paliatividades no Brasil como: desinformação sobre este assunto na sociedade, falta de capacitação de profissionais de saúde e precária discussão deste precioso tema em instituições de graduação e especialização, dificuldade de acesso a medicamentos de controle de sintomas, e determina integração dos cuidados paliativos na rede de atenção à saúde, promoção da melhoria da qualidade de vida dos pacientes e desenvolvimento de atenção à saúde humanizada baseada em evidências (BRASIL, 2018, p. 276).

Apesar da existência de portarias e, atualmente, resolução sobre cuidados paliativos em diferentes níveis de atenção à saúde, nota-se um hiato entre teoria e prática. O Atlas Global de

Cuidados Paliativos no Fim da Vida de 2014 avaliou o grau de desenvolvimento dos cuidados paliativos pelo mundo. O Brasil foi classificado na categoria de provisão de cuidados paliativos isolados. Isso significa poucos serviços disponíveis, pouca disponibilidade de analgésicos e financiamento fortemente dependente de doadores. Nesta categoria também foram classificados países como Angola, Bangladesh, Congo, Moçambique e Irã (OMS, 2014).

A análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em 2018, constatou 177 serviços de Cuidados Paliativos no país, destes 50% estão concentrados na região sudeste e apenas 13 equipes em toda a região norte-nordeste (ANCP, 2018), demonstrando a grande desigualdade de disponibilidade de oferta de cuidados paliativos no sistema de saúde brasileiro. Este mapeamento demonstrou que os serviços estão principalmente concentrados em ambientes hospitalares e, mesmo assim, também se encontram deficitários, pois dos 2500 hospitais brasileiros com mais de 50 leitos, apenas 10%, possuem equipes de cuidados paliativos. Nos EUA em 2016, o Center for Advanced Palliative Care encontrou equipes paliativistas em mais 90% dos hospitais com mais de 50 leitos (ANCP, 2018).

Atualmente, ao se analisar o estado do Espírito Santo, há presença de comissões de cuidados paliativos na maioria dos hospitais da região metropolitana, entretanto não se observa estrutura adequada para atuação destas comissões. Há, por exemplo, inexistência de pronto socorro de referência, ambulatórios em números adequados, atendimento domiciliar disponível 24 horas, enfermarias exclusivas para pacientes em cuidados paliativos. O hospital Dório Silva, infelizmente, padece com esses obstáculos existentes no Espírito Santo.

Portanto, no que diz respeito à regulamentação dos cuidados paliativos no sistema de saúde brasileiro, também houve importante avanço com publicações de portarias que determinam e regularizaram a paliatividade em diferentes níveis de atenção à saúde, culminando com a publicação da resolução nº 41/2018 que promoveu cuidados paliativos como política de saúde pública. Registra-se, entretanto, que ainda há necessidade de evoluir na estrutura física e capacitação profissional, a fim de garantir um atendimento digno e humanizado aos pacientes portadores de doenças graves e incuráveis.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram analisados 974 dos prontuários e 13 foram excluídos por falta de dados, totalizando 961 prontuários na amostra final. 51,3% dos prontuários pertenciam a pacientes do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino, a média das idades foi de 63,5 anos (mínima 15 anos, máxima 107 anos). Conforme dados do Atlas Global de Cuidados Paliativos, em todo o mundo, estima-se que mais de 20 milhões de pessoas, a cada ano, necessitam de cuidados paliativos no final da vida. A maioria (69%) é composta por adultos com mais de 60 anos e com discreta predominância do sexo masculino 52% (OMS, 2014). Esses dados coincidem com o resultado encontrado nesse estudo.

O primeiro item a ser avaliado, segundo a escala PCST, são as doenças prévias que levaram à internação na UTI.

Tabela 1 - Doenças prévias das internações na UTI em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017

Doenças	Frequência	Porcentagens
	n	%
Câncer	78	20,3
Insuficiência renal (clearance de creatinina menor 10ml/min)	65	16,9
Sequela de AVC	62	16,1
Cirrose	45	11,7
Demências	37	9,6
DPOC	28	7,3
Insuficiência cardíaca com fração de ejeção menor 25%	14	3,6
Neuropatias	12	3,1
Síndrome da imunodeficiência adquirida	10	2,6
Diabetes	10	2,6
Cardiopatias graves, Fração de Ejeção > 25%	9	2,3
Sequelas graves de traumas	7	1,8
Lúpus	1	0,3
Síndrome mielodisplásica	1	0,3
Espondiloartropatia grave	1	0,3
Fístula digestiva	1	0,3
Massa cervical	1	0,3
Intestino curto	1	0,3
Pneumopatia	1	0,3
Total	384	100

(N = 384)

Fonte: Prontuários do sistema MV – 2017

Ao se analisar a tabela, encontraram-se as seguintes prevalências nesse estudo: doenças cardiovasculares 22,8%; câncer 20,3%; insuficiência renal 16,9%; cirrose 11,7%; demências 9,6%; Doença pulmonar obstrutiva crônica 7,3%; neuropatias 3,1%; HIV/SIDA 2,6%; e diabetes 2,3%. Nota-se uma prevalência maior de doenças cardiovasculares seguidas por neoplasias, semelhante aos dados encontrados pela OMS (2014), entretanto observa-se uma

prevalência aumentada de pacientes portadores de cirrose e insuficiência renal. Esse resultado pode ser explicado, visto que o hospital em estudo é referência no atendimento de hemorragias digestivas alta e baixa e possui um setor específico para tratamento de intercorrências em pacientes renais dialíticos.

Segundo dados do Atlas Global de Cuidados Paliativos de Fim de Vida, apresentaram as seguintes prevalências em ordem decrescente: doenças cardiovasculares (38,5%) e câncer (34%), seguidas por doenças respiratórias crônicas (10,3%), HIV / AIDS (5,7%) e diabetes (4,5%) (OMS, 2014). Já no estudo feito por Kamal *et al* (2017), foi identificada a doença neurológica com maior prevalência, seguida de doenças cardiovasculares, pulmonares e câncer.

A taxa de ocupação dos leitos de UTI do hospital em estudo foi de 81,1%. Esta taxa vai de encontro aos padrões estabelecidos pela ANS em 2013 e apresenta dados numéricos acima de um estudo realizado pela SESA (2007) sobre a taxa de ocupação de leitos de UTI. Como visto, estudos que regulamentam sobre taxa de ocupação nas UTIs do ES são antigos e o estudo utilizado como referência foi o da ANS que, apesar de regular leitos de UTI do sistema privado, traz dados referentes ao sistema público.

Considerando que a taxa de ocupação de leitos no ano de 2017 foi de 81,1%, os pacientes em cuidados paliativos ocupariam 23,8% destes leitos quando utilizada a escala PCST. Mas identificou-se que a taxa de ocupação dos pacientes que, efetivamente, foram colocados em cuidados paliativos foi de 7,7%. Desta forma, podemos afirmar que pacientes em cuidados paliativos interferem na taxa de ocupação de leitos de UTI.

Para avaliar se os pacientes com indicação de cuidados paliativos estão interferindo na taxa de ocupação de leitos do hospital cenário do estudo, verificamos os seguintes itens: tempo para solicitação dos pareceres pelos médicos da UTI e tempo de respostas dos pareceres pela comissão (tabela 2) e, na sequência, a solicitação de parecer dos médicos da UTI à comissão de cuidados paliativos (tabela 3).

Tabela 2 - Tempo, em dias, para solicitação dos pareceres pelos médicos da UTI e resposta dos pareceres pela comissão de cuidados paliativos na UTI em um hospital estadual, ES, Brasil (N = 127)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tempo para solicitação do parecer	0	348	25	37
Tempo de resposta ao parecer	0	34	7	6

Fonte: Prontuários do sistema MV – 2017

Quando se analisa o tempo de solicitação do parecer por parte da equipe da UTI, nota-se uma média de 25 dias, ou seja, um tempo extremamente longo que evidencia falha na identificação dos possíveis paciente paliativos, podendo ser desconhecimento da equipe da UTI. Um estudo que analisa o tempo de resposta dos pareceres por parte da equipe de cuidados paliativos evidencia uma média 7 dias, quando deveria ser em, no máximo, 72 horas (EBSERTH, 2015).

Observa-se que tanto o tempo para solicitação dos pareceres por parte dos médicos da UTI, como o tempo de resposta dos pareceres pela comissão de cuidados paliativos estão aumentados, isto repercute de forma negativa na taxa de ocupação de leitos da unidade de terapia intensiva. A aplicação de medidas como capacitação de profissionais, avaliação da estrutura da comissão de cuidados paliativos podem contribuir reduzindo as dificuldades inerentes à liberação de leitos da UTI, os gastos e sofrimento físico, psicológico e espiritual por parte do doente (GARCIA *et al* 2017 e JOHNSON *et al* 2013).

Quanto à solicitação de parecer dos médicos da UTI, a tabela 4 é elucidativa.

Tabela 3 - Pareceres solicitados pelos médicos da UTI à comissão em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N =961)

Pareceres	Frequência n	Porcentagens %
Solicitado	129	13,4
Não solicitado	832	86,6
Total	961	100

Fonte: Prontuários do sistema MV – 2017

Observa-se que, no ano de 2017, os médicos da UTI fizeram solicitação de 127 pareceres de pacientes com possíveis indicação de cuidados.

Conforme tabela (4), observa-se que das 129 solicitações, 98 foram respondidos pela comissão sendo que 95 (73,6%) dos pacientes foram para cuidados paliativos.

Tabela 4 - Solicitação e respostas dos pareceres pela comissão de cuidados paliativos do HDS. Serra, ES, Brasil, 2017 (N = 129)

Solicitação/resposta	Frequência n	Porcentagem %
Colocado em cuidados paliativos	95	73,6
Solicitado parecer e não respondido	31	24,1
Solicitado parecer e não colocado em cuidados paliativos pela comissão	3	2,3
Total	129	100

Fonte: Prontuários do sistema MV – 2017.

Ao buscar informação sobre o que ocorreu com os 31 pareceres que não foram atendidos, identificou-se que estes pacientes foram a óbito antes da avaliação da comissão, a média de dias de solicitação de parecer antes do óbito foram de 5 dias. Isto implica dizer que 24,1% dos pareceres não foram atendidos nos levando a inferir que existem falhas no processo de trabalho das equipes. Ocorre atraso na solicitação do parecer e no tempo de retorno da comissão. Estas falhas podem ser justificadas por 3 questões: gravidade do paciente, falha na avaliação prognóstica e deficiências na estrutura da comissão.

Sobre a estrutura da equipe, Cardoso *et al* (2013), ao estudar uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos, referem que a mesma deve ser composta por enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual, o que não acontece no hospital cenário desse estudo.

Já sobre a falha na avaliação prognóstica, Christakis e Lamont (2000) fizeram um estudo com 343 médicos que forneceram prognósticos para 468 pacientes terminais e ficou evidente, nesse estudo, que apenas 20% dos médicos têm acurácia de prognóstico, sendo que 63% são muito otimistas e 17% subestimam o tempo de sobrevida.

As implicações sobre a demora dos médicos da UTI em solicitar o parecer propiciam evolução da patologia tornando os casos mais graves a ponto de evoluírem a óbito. Esse retardo pode ser explicado por desconhecimento das indicações de cuidados paliativos associado à falha na avaliação prognóstica do paciente.

Para verificar o quantitativo de pacientes que poderiam ter sido beneficiados com as práticas de cuidados paliativos, no ano de 2017, foi aplicada a escala PCST.

Tabela 5 - Aplicação da escala PCST na UTI em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N= 961)

Parecer	Frequência n	Porcentagem %
Não deveria solicitar parecer	675	70,2
Deveria solicitar parecer	286	29,8
Total	961	100

Fonte: Prontuários do sistema MV – 2017.

Verifica-se, com base na aplicação da escala PCST, que os médicos da UTI poderiam ter feito 286 solicitações no ano de 2017, porém foram solicitados 129. Isso implica dizer que foram efetivamente solicitados 45,1% dos 286 pareceres identificados na aplicação da escala. Assim,

podemos deduzir que 157 pacientes que tinham indicação de serem avaliados pela equipe de cuidados paliativos não tiveram essa oportunidade. Vale ressaltar que este fato também evidencia a alta sensibilidade da escala e reforça o entendimento sobre a possibilidade de utilizar esta escala como avaliação de critérios para avaliação de cuidados paliativos (LUCCHETTI, *et al*, 2009).

Este resultado também demonstra provável falha na identificação dos possíveis pacientes paliativos, propiciando a ocupação de leitos importantes da Unidade de Terapia Intensiva que poderiam ter sido desocupados caso a equipe de paliatividade identificasse a indicação de tratar pacientes em enfermarias ou em domicílio. Outra questão importante de ser pensada refere-se ao aumento dos gastos com procedimentos e tecnologias desnecessárias provocando aumento do sofrimento físico e psicológico do doente e família por meio de terapêutica que aumenta o número de dias sem modificar o desfecho do quadro.

Para avaliar a significância na utilização da escala PCST, foi feito o cálculo do qui-quadrado em relação aos pareceres efetivamente solicitados e aqueles que deveriam ter sido solicitados baseando-se na escala PCST.

Tabela 6 - Confirmação de Pareceres que deveriam ter sido solicitados baseados na aplicação da escala PCST e que, efetivamente, foram solicitados pela equipe da UTI do HDS, Serra, ES, Brasil, 2017 (N = 961)

Solicitação de parecer baseado na escala PCST		Pareceres		
		Solicitado	Não solicitado	Total
Não deveria solicitar parecer	Frequência (n)	2	673	675
	Porcentagem (%)	0,3	99,7	100
Deveria solicitar parecer	Frequência (n)	127	159	286
	Porcentagem (%)	44,4	55,6	100
Total	Frequência (n)	129	832	961
	Porcentagem (%)	13,4	86,6	100

Fonte: Prontuários do sistema MV – 2017.

Como visto, o  $p < 0,0001$  foi significativo o que reitera a importância na utilização da escala, desde que os médicos sejam capacitados na aplicação da escala PCST. Sarradon-Eck *et al* (2018), identificaram a falta de comunicação entre equipes de saúde, falta de conhecimento e educação sobre as práticas de cuidados paliativos, baixa disponibilidade de cuidados paliativos especializados, restrições financeiras e baixos recursos institucionais, como barreiras que impedem a aplicação precoce dos cuidados paliativos e contribuem para sua subutilização.

Para avaliar a concordância entre escalas, primeiro foi aplicada a escala PPS, nos pareceres que efetivamente foram respondidos pela comissão (98) e, na sequência, foi aplicado o teste de Kappa para avaliar a concordância.

Tabela 7 - Aplicação da escala PPS aos pareceres efetivamente respondidos pela comissão em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N = 98)

Parecer	Frequência	Porcentagem
	n	%
Paliativo	95	96,9
Não paliativo	3	3,1
Total	98	100,0

Fonte: Prontuários do sistema MV – 2017.

Tabela 8 - Concordância entre as escalas PCST e PPS em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N = 98)

Escala PCST		Escala PPS		
		Não paliativo	Paliativo	Total
Não deveria solicitar parecer	Frequência (n)	2	0	2
	Porcentagem (%)	2,0	0,0	2,0
Deveria solicitar parecer	Frequência (n)	1	95	96
	Porcentagem (%)	1,1	96,9	98,0
Total	Frequência (n)	3	95	98
	Porcentagem (%)	3,1	96,9	100,0

Fonte: Prontuários do sistema MV – 2017.

Como visto, na aplicação da escala PPS, também utilizada pela comissão de cuidados paliativos do hospital, houve um percentual (98,9%) significativo de concordância.

Para avaliar a concordância entre as escalas, foi aplicado o teste de coeficiente de concordância Kappa.

Tabela 9 - Coeficiente de concordância de Kappa entre as escalas PCST e PPS em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N = 98)

	Valor	Significância
Concordância observada	0,9898	
Concordância esperada	0,9502	
Kappa	0,7950	
Z (Kappa)	7,9573	
P(unilateral)		<0,0001
Conclusão da replicabilidade		Concordância substancial

Fonte: Prontuários do sistema MV – 2017.

Observa-se que o valor encontrado foi de 0,7950, considerado concordância substancial (LANDIS E KOCH, 1977). Portanto, fica evidente que existe concordância entre as escalas, reforçando a sua utilização como instrumento de avaliação de identificação de cuidados paliativos. Outro dado que reforça a vantagem na utilização da PCST é que ela analisa doenças de base, funcionalidade, doenças associadas e condições pessoais do paciente, enquanto a PPS enfoca apenas na funcionalidade.

Mesmo não sendo objeto do presente estudo, mas pensando na integralidade da assistência que deve também valorizar aspectos subjetivos, verificamos que os aspectos relacionados à religiosidade e espiritualidade dos pacientes não foram considerados.

Tabela 10 - Religião dos pacientes em cuidados paliativos na UTI em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N = 95)

Religião	Frequência	Porcentagem
	n	%
Católico	35	36,8
Evangélico	18	19
Ateu	4	4,2
Espírita	1	1,0
Não informado	37	39
Total	95	100

Fonte: Prontuários do sistema MV – 2017.

O Brasil é um país com predominância da religião cristã e com o maior número de católicos no mundo, dados que coincidem com a pesquisa em questão. Segundo dados do censo de

2010 do IBGE, no país, 64,6% da população praticam a religião católica, seguidos de 22,2% evangélicos, 8% ateus e 2% da população são adeptos do espiritismo (IBGE, 2010).

Independente da religião, a espiritualidade é um fator importante aos pacientes portadores de doenças graves com indicação de paliatividade, pois significa fonte de conforto, força, fé, fonte de enfrentamento e guia de conduta para a vida (SILVA; SILVEIRA, 2015).

Chama a atenção o fato de que em 39% dos prontuários não foram encontrados registros sobre a religião dos pacientes. Esse dado demonstra a necessidade de se atentar e registrar em função da valorização dos aspectos espirituais sobre a saúde dos indivíduos.

Tabela 11 - Desfecho dos pacientes colocados em cuidados paliativos na UTI em um hospital estadual, ES, Brasil, 2017 (N = 95)

Local do óbito	Frequência n	Porcentagem %
UTI/Emergência vermelha	49	51,6
Unidade de alta dependência de cuidados/enfermaria	28	29,4
Alta hospitalar	18	19
Total	95	100

Fonte: Prontuários do sistema MV – 2017.

Observa-se que 51,6% dos doentes colocados em cuidados paliativos permanecem internados na UTI. Esse dado nos permite afirmar que existem falhas no processo de trabalho que pode ser ausência de uma enfermaria de doentes crônicos, equipes incompletas, não uniformidade de capacitação de profissionais e dificuldade na aquisição de equipamentos que o paciente necessita para mantê-lo com qualidade digna fora da UTI, como por exemplo, dificuldade de se conseguir aparelho de ventilação não invasiva para uso em enfermaria ou domicílio, ou seja, as barreiras institucionais dificultam a prática adequada dos cuidados paliativos aos pacientes (SARRADON-ECK *et al*, 2018).

Vale ressaltar, também, que o fator social dificulta a desospitalização dos pacientes paliativos com condições clínicas de tratamento fora do hospital, pois devido às precárias condições econômicas de familiares ou responsáveis pelo doente, ou mesmo porque necessitam de trabalhar não sendo possível cuidar do paciente, além da dificuldade de ter acesso a medicações para controle dos sintomas (CARDOSO *et al*, 2013).

O fator intelectual é uma barreira para o cuidado desses doentes, visto que, em alguns casos, o familiar ou responsável precisa assumir responsabilidade de manusear sondas, cateteres e aspiração de vias aéreas, entretanto, mesmo com treinamento, a equipe de cuidados paliativos tem dificuldade em dar alta para domicílio, uma vez que a pessoa na função de cuidar desse

doente em domicílio, muitas vezes não consegue absorver as orientações da equipe, mesmo tendo o suporte da equipe de Programa de Internação Domiciliar (PID), uma vez que o hospital cenário do estudo possui o serviço, mas não conta com a presença de um profissional de saúde em tempo integral no domicílio.

Do ponto de vista cultural, houve uma modificação do conceito de morte, na idade média a pessoa geralmente morria em domicílio e cercado de familiares e amigos, entretanto no século XX, iniciou-se o conceito definido por Menezes, de morte moderna, em que o indivíduo morre só, internado, geralmente em UTI, submetido a procedimentos invasivos, rodeado de aparelhos, acompanhado da despersonalização do internado, crescente poder do médico e desumanização do paciente (MENEZES, 2003). Essa cultura equivocada, mas compreensível de dificuldade de aceitar a morte de um ente querido em domicílio, contribui para manter pacientes paliativos internados.

Necessita-se ressaltar também que não há uma rede de saúde estruturada para atender as demandas dos pacientes paliativos em domicílio integralmente como: equipes disponíveis 24 horas por dia, ambulatórios de cuidados paliativos para inter consultas, hospital referência para internação, se necessária dos doentes, em atendimento domiciliar. Essa estrutura é de vital importância para suporte e oferta de tratamento digno e adequado de cuidados paliativos aos pacientes e familiares (FLORIANI; SCHRAMM, 2007), porém este não é caso do hospital que foi cenário do presente estudo.

Uma das limitações do estudo se deu em função do número reduzido de prontuários para a realização de um estudo comparativo por métodos estatísticos, utilizados em estudo de comparação. Desta forma, novos estudos, com amostragem ampliada, devem ser realizados para confirmação ou não dos resultados identificados nesse estudo.

## 6 CONCLUSÃO

O inegável avanço da tecnologia dura, acompanhado do aumento da expectativa de vida, promove no Brasil e no mundo aumento do número da população idosa e de pacientes portadores de doenças crônicas graves e, em muitos casos, incuráveis e terminais, assim há a necessidade de promover a estes pacientes e seus familiares tratamento digno que trate o doente como um todo e não somente a doença, ou seja, uma terapia que tenha como base a integralidade.

A prática dos cuidados paliativos, apesar de ser relativamente recente, tem seu pilar em tratar o doente de modo integral, considerando a finitude da vida, respeitando as vontades do paciente, promovendo terapêutica que vise promover os dias restantes do paciente com qualidade e dignidade. Apesar de ser compreensível na teoria, para colocá-lo na prática há necessidade de romper barreiras e obstáculos culturais, sociais, econômicos, institucionais e jurídicos.

O presente estudo é fruto da vivência que tenho como médico intensivista de presenciar diariamente o sofrimento dos pacientes que poderiam ser beneficiados com as práticas de cuidados paliativos e, atualmente, não estão em paliatividade devido à existência de entraves institucionais, sociais e culturais. Por outro lado, traz como consequência, além do impacto econômico, diminuição das chances de sobrevivência daqueles que não conseguem vagas em UTI em função da ocupação de leitos com pacientes com indicação de cuidados paliativos.

A metodologia aplicada permitiu atender aos objetivos propostos no estudo sobre a ocupação de leitos por pacientes em cuidados paliativos na UTI, cenário do presente estudo. Permitiu, também, identificar falhas no processo de trabalho que dificultam a prática adequada e plena dos cuidados paliativos

A metodologia, na comparação das escalas, nos permitiu propor a utilização da escala PCST como instrumento para auxiliar no diagnóstico de pacientes paliativos, uma vez que a aplicação do teste de coeficiente de concordância Kappa entre as escalas PCST E PPS foi de 0,7950 considerado concordância substancial segundo a referência utilizada.

É fato que, no Brasil, se tem notado avanço na paliatividade, como o recente reconhecimento dos cuidados paliativos como política de saúde pública, entretanto necessita-se avançar muito em estrutura de saúde pública, capacitação de profissionais e segurança jurídica de forma

cabal e definitiva para considerarmos o país preparado a fornecer a todos os necessitados essa terapia de forma plena e completa.

A capacitação dos profissionais de saúde deve-se iniciar com discussão e difusão dos cuidados paliativos nas instituições de ensino dos cursos de saúde. Ainda se nota formação de profissionais que encaram a morte como fracasso e não como processo natural da vida, como resultado deste conhecimento errôneo, há utilização de procedimentos de terapias invasivas, dispendiosas, que não modificam o desfecho da doença, mas que resultam em aumento do sofrimento de pacientes e familiares, impacto na taxa de ocupação de leitos de UTI, além de promover morte desumana e em ambiente isolado.

Nesse estudo, constatou-se que a existência da comissão de cuidados paliativos no Hospital Dório Silva é um ponto muito positivo o que demonstra o desejo de ofertar tratamento digno e humanizado aos pacientes necessitados.

Todavia, observou-se que 51,6% dos doentes colocados em cuidados paliativos permanecem internados na UTI. Isso demonstra empecilhos que afetam diretamente o trabalho da equipe de paliatividade e contribuem para permanência destes pacientes em leitos de UTI.

Dentre os fatores que contribuem para as falhas no processo de trabalho das equipes poderíamos pontuar: desconhecimento e/ou insegurança sobre a prática da paliatividade por parte de profissionais que trabalham em diferentes setores do hospital, incluindo médicos intensivistas; falta de profissionais na equipe multidisciplinar que é responsável por responder a pareceres e acompanhar pacientes que são colocados em paliatividade; ausência de enfermaria para pacientes paliativos; ausência de ambulatório e pronto socorro de referência para pacientes paliativos; ausência de equipe disponível 24 horas para dar suporte a pacientes em domicílio de paliatividade.

Desta forma, apesar de possuir uma comissão de cuidados paliativos que tenta, da melhor forma possível, praticar a paliatividade, observou-se atraso na solicitação e resposta dos pareceres, dificuldade de retirar pacientes da UTI e do hospital, mesmo após colocá-los em paliatividade.

Outra falha identificada no processo de trabalho das equipes diz respeito ao tempo de solicitação do parecer por parte da equipe da UTI. Nota-se uma média de 25 dias, ou seja, um tempo excessivamente longo para a ocupação de um leito de extrema importância, como os de UTI, bem como para receber os benefícios dos cuidados paliativos àqueles com tal indicação.

Da mesma forma, quando se observa o tempo de resposta dos pareceres por parte da equipe de cuidados paliativos, em média 7 dias, quando deveria ser em, no máximo, 72 horas.

É fato que existem muitos obstáculos que dificultam o trabalho necessário e importante das comissões de cuidados paliativos, entretanto há necessidade de se avançar visando evitar que continue a existir dados como foram constatados nessa pesquisa de que a maior parte dos pacientes colocados em cuidados paliativos na UTI do hospital Estadual Dório Silva morreram neste setor.

O desafio de ofertar cuidados paliativos em sua plenitude e de forma uniformizada a todos pacientes com indicação em âmbito nacional necessita ser encarado por todos: gestores, políticos, profissionais de saúde, instituições de ensino, visando combater obstáculos culturais, sociais, econômicos, institucionais e jurídicos.

Os resultados da pesquisa evidenciaram que doenças cardiovasculares (22,8%) e câncer (20,3%), juntos, corresponderam a 43,1% das doenças prévias das internações na Unidade de Terapia Intensiva do HDS, no período de realização do estudo, indo de encontro aos dados do Atlas Global de Cuidados Paliativos de Fim de Vida da Organização Mundial de Saúde de 2014.

Chama a atenção, nesses resultados, os 11,7% com diagnóstico de cirrose, que não é citado no referido atlas. Este resultado pode ser explicado visto que o hospital em estudo é referência no atendimento de hemorragias digestivas alta e baixa em âmbito estadual.

A taxa de ocupação de leitos no ano de 2017 foi de 81,1%. Os pacientes em cuidados paliativos ocupariam 23,8% destes leitos quando utilizada a escala PCST, mas a taxa de ocupação dos pacientes que, efetivamente, foram colocados em cuidados paliativos foi de 7,7%. Dessa forma, podemos afirmar que pacientes em cuidados paliativos interferem na taxa de ocupação de leitos de UTI.

O teste de coeficiente de concordância Kappa, nas escalas PCST E PPS, o valor encontrado foi de 0,7950 que é considerado concordância substancial, segundo a literatura, portanto houve concordância entre as escalas, assim pode-se considerar a utilização da escala PCST como instrumento de avaliação de identificação de possíveis pacientes com recomendação de cuidados paliativos.

Frente ao significativo nível de concordância entre as escalas, novos estudos com amostras maiores devem ser realizados utilizando esta escala PCST, visando ampliar a utilização da

mesma e analisar se há necessidade de ajustes voltados à maior adequação à população brasileira e se existem estudos de validação da mesma, uma vez que não foram identificados nessa pesquisa.

Essa pesquisa contribui para ampliação de conhecimento científico entre os profissionais de saúde, bem como para a melhoria do processo de gestão tanto dos leitos de UTI como para o serviço de cuidados paliativos. Evidenciar a existência prática de cuidados paliativos no hospital em estudo foi uma forma de reconhecer esforços nos âmbitos dos profissionais e na própria gestão, entretanto, para que haja sua atividade plena e ampliada, há necessidade de vencer alguns obstáculos.

Um estudo realizado em nível local pode servir de incentivo para que se faça uma avaliação de outros nosocômios no estado do Espírito Santo e do Brasil, visando avaliar se as falhas identificadas nessa pesquisa são isoladas ou não para então propor soluções que visem corrigi-las com o intuito de ofertar tratamento humanizado, integral e digno a todos pacientes portadores de doenças crônicas graves e incuráveis, objetivando qualidade de vida com conforto físico, psicológico e espiritual aos pacientes e familiares.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Aline *et al.* **Cuidados paliativos e direitos humanos**. 2018. Disponível em: < <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/Cuidados-Paliativos-e-Direitos-Humanos.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2019.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS Paliativos. **Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil**. São Paulo. 2018. p 29. Disponível em: < [https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL\\_ANCP-18122018.pdf](https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf)>. Acesso em: 11 mar 2019.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro. 2009. p 320. Disponível em: < [http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up\\_publicacoes/8011/10577\\_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf](http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf)>. Acesso em: 25 mai 2018. ISBN 978-85-89718-27-1.
- AMANCIO M et al. Caracterização do perfil de mulheres idosas do município de Maringá-PR com necessidade de cuidados paliativos. **Anais Eletrônico VIII Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica I Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Tecnológica e Inovação**. Paraná. 2016. Disponível em: < [https://www.unicesumar.edu.br/mostra-2016/wp-content/uploads/sites/154/2017/07/milton\\_tomiura\\_amancio.pdf](https://www.unicesumar.edu.br/mostra-2016/wp-content/uploads/sites/154/2017/07/milton_tomiura_amancio.pdf). Acesso em: 9 de jul, 2018. ISBN 978-85-459-0309-3.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **CENSO AMIB 2016**. Disponível em: < [http://www.amib.com.br/pdf/Analise\\_de\\_Dados\\_v4\\_1.20.1095\\_AMIB\\_Atualizado\\_by\\_AM\\_24Fev17\\_TemplateAMIB.pdf](http://www.amib.com.br/pdf/Analise_de_Dados_v4_1.20.1095_AMIB_Atualizado_by_AM_24Fev17_TemplateAMIB.pdf)>. Acesso em: 22 Mai 2018.
- BAGSHAW, Sean M. et al. Association between strained capacity and mortality among patients admitted to intensive care: A path-analysis modeling strategy. Canada. **Journal of Critical Care** 43 (2018) 81–87. Disponível em:< [https://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(17\)30853-5/pdf](https://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(17)30853-5/pdf)>. Acesso em: 9 de jul, 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.08.032>
- BAI J et al. Operations research in intensive care unit management: a literature review. **Health Care Manag Sci** (2018) 21:1–24. Disponível em:< <https://vpn.emescam.br/proxy/51f0124e/https/link-springer-com.ez157.periodicos.capes.gov.br/content/pdf/10.1007%2Fs10729-016-9375-1.pdf>>. Acesso em: 30 de jun 2018. DOI 10.1007/s10729-016-9375-1
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. QUALISS - Indicadores Hospitalares Essenciais – 2013/14. Taxa de ocupação operacional UTI adulto. Rio de Janeiro, E-EFI-03 v1.01, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-03.pdf>>. Acesso em: 22 Mai 2018.
- \_\_\_\_\_. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 fev.

2010. n 37 s 1 p. 48 Brasília. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)>. Acesso em: 22 Mai 2018.

Center to Advance Palliative Care. Crosswalk of JCAHO Standards and Palliative Care – Policies, procedures and assessment tools; 2007. p. 45. Disponível em: <<https://www.palliativedrugs.com/download/JCAHO-crosswalk.pdf>>. Acesso em: 22 Mai 2018.

\_\_\_\_\_. CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292.p. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 15 Fev. 2019.

\_\_\_\_\_. BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2010. Disponível em:  
<[https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/Pag\\_203\\_Religi%C3%A3o\\_Evang\\_miss%C3%A3o\\_Evang\\_pentecostal\\_Evang\\_nao%20determinada\\_Diversidade%20cultural.pdf](https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/Pag_203_Religi%C3%A3o_Evang_miss%C3%A3o_Evang_pentecostal_Evang_nao%20determinada_Diversidade%20cultural.pdf)>. Acesso em 12 de fev 2019.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/serra/panorama>>. Acesso em: 22 Mai 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. v. 128, n. 182, p 18055 - 18059. Disponível em: <[https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1196310/pg-2-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-20-09-1990?ref=next\\_button](https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1196310/pg-2-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-20-09-1990?ref=next_button)> Acesso em: 25 de jun 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INFORMAÇÕES DE SAÚDE. DATASUS. Disponível em:<[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=32&VMun=320500&VComp=201712](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=32&VMun=320500&VComp=201712)>. Acesso em: 22 mai 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2013. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf)> . Acesso em: 23 de jul 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.101, DE 12 DE JUNHO DE 2002. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BL-UGgu7sZgJ:sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM\\_P1.101\\_02informes.doc+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BL-UGgu7sZgJ:sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P1.101_02informes.doc+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 23 mai 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JUNHO DE 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 23 de jul 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html)>. Acesso em: 23 mai 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395\\_11\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html)>. Acesso em: 23 mai 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 23 mai 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 3.432, DE 12 DE AGOSTO DE 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432\\_12\\_08\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html)>. Acesso em: 20 jun 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 483, DE 1 DE ABRIL DE 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>. Acesso em: 23 mai 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)>. Acesso em: 23 mai 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 19, DE 03 DE JANEIRO DE 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019\\_03\\_01\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html)>. Acesso em: 12 de fev 2019.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) Disponível em: <[http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-)

2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710>. Acesso em: 12 de fev 2019.

\_\_\_\_\_. SENADO FEDERAL. PROJETO DE LEI DO SENADO N 116, DE 2000. Dispõe sobre excluir de ilicitude a ortotanásia. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=728243&filename=PL+6715/2009](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=728243&filename=PL+6715/2009)>. Acesso em: 19. Fev. 2019.

\_\_\_\_\_. SENADO FEDERAL. PROJETO DE LEI DO SENADO Nº524, DE 2009. Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/ecidadania/visualizacaomateria?id=94323>>. Acesso em 19 Fev. 2019.

CALDEIRA, Vanessa Maria Horta et al. Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 56, n.5, p.528-534, 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302010000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000500012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 Mai 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000500012>.

CARDOSO, Daniela Habekost et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, Dec. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032>>.

CHRISTAKIS Nicholas A, LAMONT Elizabeth B. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. **BMJ**, v. 320, p. 469-72, 2000. Disponível em:< <https://www.bmj.com/content/bmj/320/7233/469.full.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2019.

CHURPEK Matthew M et al. Association between intensive care unit transfer delay and hospital mortality: a multicenter investigation. **J Hosp Med.** 2016;11(11):757–82. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5119525/pdf/nihms827750.pdf>>. Acesso em: 9 de jul 2018. doi:10.1002/jhm.2630.

COELHO, Cristina Bueno Terzi; YANKASKAS, James R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 29, n. 2,p. 222-230, June 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2017000200222&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000200222&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO Nº 1.805, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2006. Sobre a legitimidade da ortotanásia. Brasília, 2006. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>>. Acesso em: 23 mai 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO Nº 1.931, DE 17 DE SETEMBRO DE 2009. Brasília, 2009. Código de Ética médica. Disponível em:<

<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 19 Fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO Nº 1.995, DE 09 DE AGOSTO DE 2012. Brasília, 2012. Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes.

Disponível em:

<<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10938&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1995&situacao=VIGENTE&data=09-08-2012>>. Acesso em: 19 Fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO Nº 2.156, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2016. Brasília, 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Disponível em: <

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>>. Acesso em: 23 mai 2018.

CUCHI Maristela. **Humanização em unidades de terapia intensiva: avaliação da percepção do profissional de um hospital público em mato grosso**. Dissertação (Mestrado em Medicina intensiva) - Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva-SOBRATI. Sorriso – MT, p. 69. 2009. Disponível em: <[ibrati.org/sei/docs/tese\\_514.doc](http://ibrati.org/sei/docs/tese_514.doc)>. Acesso em: 20 de jun 2018.

DA COSTA Rosely S et al. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 170-177, jan-mar 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2016.v40n108/170-177/pt>>. Acesso em: 23 Fev. 2019. doi: 10.1590/0103-1104-20161080014.

DE OLIVEIRA et al. Análise de indicadores assistenciais em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na cidade de Fortaleza/CE. **Cad. Saúde Colet.**, 2017, Rio de Janeiro, 25 (1): 99-105. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2017nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010220.pdf>>. Acesso em: 20 de jun 2018.

COMISSÃO de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. **Regimento Interno**. Disponível em:<[http://www2.ebserh.gov.br/documents/222842/1034293/Regimento\\_Comissao\\_de\\_Cuidados\\_Paliativos.pdf/8510911d-8283-488d-a402-5fb3d272dffb](http://www2.ebserh.gov.br/documents/222842/1034293/Regimento_Comissao_de_Cuidados_Paliativos.pdf/8510911d-8283-488d-a402-5fb3d272dffb)>. Acesso em: 01 fev 2019.

FERNANDEZ R et al. Ocupación de los Servicios de Medicina Intensiva de Catalunya: un estudio analítico prospectivo de cohortes. Espanha. **Rev. Medicina Intensiva**. Espanha, v 39, p 537 – 542, dez 2015. Disponível em:< <http://www.medintensiva.org/es/ocupacion-los-servicios-medicina-intensiva/articulo/S0210569114002563/>>.ACESSO>. Acesso em> 9 de jul, 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.11.002>

FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis. A história de cuidados paliativos no Brasil. **Rev. Ciências em Saúde** . Itajubá, v1, n 2 jul. 2011. Disponível em: <[http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/509](http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/509)>. Acesso em: 23 mai 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v1i2.509>.

FLORIANI Ciro A; SCHRAMM Fermin R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,

23(9):2072-2080, set, 2007. Disponível em:<  
<https://www.scielo.org/pdf/csp/2007.v23n9/2072-2080/pt>>. Acesso em: 13 Fev. 2019.  
 FROSSARD Andrea. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. **Cad. EBAPE.BR**, v. 14, Edição Especial, Artigo 12, Rio de Janeiro, Jul. 2016. Disponível em:  
 <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v14nspe/1679-3951-cebape-14-spe-00640.pdf>>. Acesso em: 15 Fev. 2019.

GARCIA, Antonio Rojas et al. Impact and experiences of delayed discharge: A mixed-studies systematic review. **Health Expectations**. Londres. V 21(1), feb. 2018. Disponível em:<  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5750749/pdf/HEX-21-41.pdf>>. Acesso em 9 de jul 2018.

GOMES, ANA LUISA ZANIBONI; OTHERO, MARÍLIA BENSE. **Cuidados paliativos**. Estud. av., São Paulo, v. 30,n. 88,p. 155-166, Dec. 2016. Disponível em:  
 <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Mai 2018.

HALPERN, Neil A; PASTORES, Stephen M. Critical care medicine in the United States 2000-2005: an analysis of bed numbers, occupancy rates, payer mix, and costs. **Crit Care Med**. 2010 Jan;38(1):65-71. Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19730257>>. Acesso em: 10 ago, 2018.

HERMES Héliida R, LAMARCA Isabel Cristina A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013. Disponível em: <  
[www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf)>. Acesso em: 12 Fev. 2019.

JOHNS HOPKINS MEDICAL INSTITUTIONS. **Portrait Collection**: Walter Edward Dandy. Disponível em: <  
<http://portraitcollection.jhmi.edu/portraits/dandy-walter-edward2>>. Acesso em: 20 de jun 2018.

JOHNSON Daniel W et al. Delay of transfer from the intensive care unit: a prospective observational study of incidence, causes, and financial impact. **Crit Care**. 2013;17(4):R128. Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4057477/pdf/cc12807.pdf>>. Acesso em: 9 de jul 2018. doi:10.1186/ cc12807.

KAMAL et al. One Size Does Not Fit All: Disease Profiles of Serious Illness Patients Receiving Specialty Palliative Care. **Journal of Pain and Symptom Management**, Vol. 54, no. 4, October 2017. Disponível em: <  
[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30299-3/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(17)30299-3/pdf)>. Acesso em: 23 Jan 2019.

LANDIS J, Koch G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. **Biometrics** 33, 159-174 March 1977. Disponível em: <  
[https://www.dentalage.co.uk/wp-content/uploads/2014/09/landis\\_jr\\_koch\\_gg\\_1977\\_kappa\\_and\\_observer\\_agreement.pdf](https://www.dentalage.co.uk/wp-content/uploads/2014/09/landis_jr_koch_gg_1977_kappa_and_observer_agreement.pdf)>. Acesso em: 10 jan 2019.

LUCCHETTI, Giancarlo; BADAN Neto Antonio Mario; RAMOS Sérgio Augusto Cunha, FARIA Lilian de Fátima Costa, et al. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. **Geriatr. Gerontol. Aging**. São Paulo, 2018. <  
<http://ggaging.com/details/299/pt-BR>>. Acesso em: 23 mai 2018.

MACIEL et al. **Crítérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos** no Brasil. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, Dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Mar. 2019.

MEDEIROS, Adriane Calvetti de et al. Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 816-822, out. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000500816&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500816&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 23 jul. 2018.

MEIRA Jackeline F et al. Legal framework for palliative care the Brazil Unified Health System. **Hos Pal Med Int Jnl**. 2018;3(3):189–191. Disponível em: <<https://medcraveonline.com/HPMIJ/HPMIJ-02-00088.pdf>>. Acesso em: 15 Fev. 2019.

MENEZES, Rachel Aisengart. Tecnologia e "Morte Natural": o morrer na contemporaneidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 367-385, Dez. 2003 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312003000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Fev. 2019.

MV. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/sobre-a-mv/quem-somos>>. Acessado em 30/05/2018

PESSINI, Leo. Vida y muerte en la UCI: la ética en el filo de la navaja. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 54-63, Apr. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422016000100054&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000100054&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 mai 2018.

PUPIM, Caroline T. **Cuidados paliativos em geriatria: concepção da equipe multiprofissional**. Tese (Mestrado em políticas públicas e desenvolvimento social) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Vitória, p. 61. Disponível em:<[http://www.emescam.br/arquivos/pos/stricto/dissertacoes/131\\_CAROLINE\\_TESSINARI\\_PUPIM.pdf](http://www.emescam.br/arquivos/pos/stricto/dissertacoes/131_CAROLINE_TESSINARI_PUPIM.pdf)>. Acesso em: 20 mar 2019.

REGISTRO Nacional de Terapia Intensiva. Disponível em: <<http://www.utisbrasileiras.com.br/epimed/>>. Acessado em 29/05/2018

SÃO PAULO. ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DE SAO PAULO. PROJETO DE LEI Nº 231, DE 2018. Dispõe sobre o consentimento informado e instruções prévias de vontade sobre tratamento de enfermidade em fase terminal de vida. Disponível em:<<https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000211570>>. Acesso em: 19. Fev. 2019.

SARRADON-ECK et al. Understanding the Barriers to Introducing Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Qualitative Study. **Journal of Palliative Medicine**. Disponível em:< <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0338>>. Acesso em: 04 fev 2019.

SILVA, Denis IS, SILVEIRA, Denise T. Cuidados paliativos: desafio para a gestão e políticas em saúde. **Revista eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.06, n.01, p.501, 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/131418/000980055.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 05 set 2018.

URIZZI, Fabiane et al. Caring for critically ill patients outside intensive care units due to full units: a cohort study. **Clinics**, São Paulo, v. 72, n. 9, p. 568-574, Sept. 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-59322017000900568&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322017000900568&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 July 2018.

VICTORIA HOSPICE SOCIETY. Palliative Performance Scale (PPSv2). Vol. 2004: Victoria Hospice Society. Disponível em: <[http://www.npcrc.org/files/news/palliative\\_performance\\_scale\\_PPSv2.pdf](http://www.npcrc.org/files/news/palliative_performance_scale_PPSv2.pdf)>. Acesso em: 30 de jul 2018.

WALLACE avid J; KAHN Jeremy M. Florence Nightingale and the Conundrum of Counting ICU Beds. **Crit Care Med**. 2015 Nov. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610246>>. Acesso em: 20 Jun 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global atlas of Palliative Care at the end of life. 2014. Disponível em: < [https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf) >. Acesso em: 01 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5. Geneva. 2007. p50. Disponível em: < [http://www.who.int/cancer/publications/cancer\\_control\\_palliative/en/](http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/)>. Acesso em: 25 mai. 2018.

## ANEXO A - Escala palliative care screening tool (PCST)

<b>Critério número 1</b>	<b>Critério número 2</b>
<p>Doenças de base – dois pontos para cada subitem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Câncer-metástase ou recidiva</li> <li>2. Doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC avançada- repetidas exacerbações.</li> <li>3. Sequela de acidente vascular cerebral (AVC)- decréscimo de função motora maior ou igual 25%</li> <li>4. Insuficiência renal grave – clearance de creatinina &lt; 10ml/min.</li> <li>5. Insuficiência cardíaca grave – insuficiência cardíaca congestiva (ICC) com fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo FE&lt; 25%, miocardiopatia ou insuficiência coronariana significativa.</li> <li>6. Outras doenças limitantes à vida do paciente</li> </ol>	<p>Doenças associadas – um ponto para cada subitem:</p> <p>Doença hepática</p> <p>Doença renal moderada – clearance de creatinina &lt; 60ml/min.</p> <p>DPOC moderada – quadro clínico estável</p> <p>ICC moderada - quadro clínico estável</p> <p>Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto</p>
<p><b>Critério número 3</b></p> <p>Condição funcional do paciente – Esse critério avalia o grau de deficiência do paciente, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas confinado ao leito ou à cadeira de rodas. Pontua-se 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou ao cadeirante).</p>	<p><b>Critério número 4</b></p> <p>Condições pessoais do paciente – um ponto para cada subitem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Necessita de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas.</li> <li>8. Histórico de internações recentes em serviços de emergências.</li> <li>9. Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base</li> <li>10. Internações prolongadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico</li> </ol>

## ANEXO B – Termo de anuência para realização de pesquisa no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo




**TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO**

**À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO**

Encaminhamos em anexo o Protocolo de Pesquisa intitulada "Análise da taxa de ocupação de leitos de unidade de terapia intensiva por pacientes com indicação de cuidados paliativos de um hospital estadual do município de Serra no estado do Espírito Santo", que tem por objetivo: "Analisar a taxa de ocupação de leitos de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital estadual no município de Serra no estado do Espírito Santo, Brasil por pacientes com indicação em cuidados paliativos".

Para a realização da Pesquisa, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências de (HOSPITAL DÓRIO SILVA) e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto.

Encaminhamos ainda, em anexo, o Requerimento de Pesquisa, os Termos de Confidencialidade e de Responsabilidade relativos às informações a serem obtidas, além de nos comprometermos em fornecer uma cópia do trabalho concluído, em mídia eletrônica.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Assinatura Maykel G. Santa Clara Maykel G. Santa Clara  
Medicina Intensiva  
CRM-ES 10039 Data 04/10/2018

Nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome e carimbo da chefia imediata, gestora da instituição de origem do pesquisador

**ESPAÇO RESERVADO À COMISSÃO PARA ANÁLISE DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SESA - NÚCLEO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS (NUEDRH), APÓS RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO.**

A unidade campo de pesquisa para análise e manifestação.

Assinatura Kátia O. Pereira Bastos Kátia O. Pereira Bastos  
Técnica SESA/NUEDRH  
Nº funcional: 153.0038 Data 07/06/2018

Nome e carimbo do técnico do NUEDRH

**ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA**

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso Parecer:

AUTORIZADO  NÃO AUTORIZADO

Considerações: \_\_\_\_\_

Assinatura Sônia M<sup>a</sup> Dalmolin de Souza Sônia M<sup>a</sup> Dalmolin de Souza  
Hospital Estadual Dório Silva  
Diretora Geral - CRA 4626 Data 18/06/2018

Nome e carimbo do gestor da Unidade campo da pesquisa na SESA  
Sônia M<sup>a</sup> Dalmolin de Souza  
DG - HOSPITAL ESTADUAL DÓRIO SILVA

Av. N. S. da Penha, 2190  
Santa Luiza - Vitória  
ES - Brasil - CEP 29045-402

EMESCAM  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa  
de Misericórdia de Vitória

Tel.: +55 27 3334 3500  
info@emescam.br  
www.emescam.br

Fonte: acervo do autor

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da taxa de ocupação de leitos de unidade de terapia intensiva por pacientes com indicação de cuidados paliativos de um hospital estadual do município de Serra no estado do Espírito Santo

**Pesquisador:** MAYKEL GONCALVES SANTA CLARA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 92777518.2.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.793,152

#### Apresentação do Projeto:

O objeto do presente estudo versa sobre a ocupação de leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com pacientes em cuidados paliativos em hospital estadual localizado no município de Serra, estado do Espírito Santo (ES), Brasil que tem como objetivo analisar a taxa de ocupação de leitos de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital estadual no município de Serra no estado do Espírito Santo, Brasil por pacientes com indicação em cuidados paliativos por meio de um estudo descritivo, retrospectivo, documental com abordagem quantitativa tendo como fonte de pesquisa prontuários do sistema eletrônico de prontuários (sistema MV ) de pacientes internados na UTI de um hospital estadual no município de Serra no ano de 2017 e análise de dados do sistema Epimed solutions.

Acredita-se que os pacientes com indicação de cuidados paliativos interferem na taxa de ocupação dos leitos de unidade de terapia intensiva.

**Critério de Inclusão:** Serão incluídos todos os prontuários de pacientes que permaneceram internos na UTI no ano de 2017

**CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:** Serão excluídos os pacientes que não preencherem os critérios para cuidados paliativos, prontuários de pacientes com reinternação no ano de 2017.

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402

**UF:** ES **Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

## ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.793.152

### **Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a taxa de ocupação de leitos de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital estadual no município de Serra no estado do Espírito Santo, Brasil por pacientes com indicação em cuidados paliativos.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

#### **Riscos:**

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa apresentam um risco mínimo, mas serão reduzidos mediante orientações e avisos da total proteção à confidencialidade, com particular ênfase na garantia do sigilo de informações confidenciais e sigilosas, obtidas na pesquisa.

#### **Benefícios:**

Os benefícios esperados com o estudo serão no sentido de promover através do conhecimento um maior domínio acerca do tema abordado. Assim, contribuir com informações valiosas para a comunidade científica, para o sistema de saúde, os gestores em saúde e otimização as políticas públicas nas UTI e unidades de cuidados paliativos.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para melhoria de políticas públicas que tratem dos problemas relativos a falta de leitos hospitalares

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta Folha de rosto e anuência corretos dispensa TCLE

### **Recomendações:**

Não há.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

projeto aprovado

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.793.152

de notificação via Plataforma Brasil;  
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1161407.pdf	26/06/2018 13:46:19		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/06/2018 13:45:42	MAYKEL GONCALVES SANTA CLARA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	19/06/2018 14:26:44	MAYKEL GONCALVES SANTA CLARA	Aceito
Outros	escala.pdf	18/06/2018 18:45:05	MAYKEL GONCALVES SANTA CLARA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	18/06/2018 18:29:06	MAYKEL GONCALVES SANTA CLARA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	18/06/2018 18:26:47	MAYKEL GONCALVES SANTA CLARA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 31 de Julho de 2018

**Assinado por:**

**PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA (Coordenador)**

Fonte: acervo do autor

### ANEXO D - Palliative Performance Scale (PPS)

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