



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

RUTH AKEMI SAKAUE

CONTRIBUIÇÕES DAS ESCALAS:
SPICT- BR, MORSE, BRADEN E SISTEMA DE
CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES NA IMPLANTAÇÃO DO
SERVIÇO DE CUIDADO PALIATIVO

RUTH AKEMI SAKAUE

**CONTRIBUIÇÕES DAS ESCALAS: SPICT- BR, MORSE,
BRADEN E SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES
NA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE CUIDADO PALIATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Eleine Aparecida Penha Martins

Londrina-PR
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

S158c Sakaue, Ruth Akemi.

Contribuições das escalas: SPICT-BR, Morse, Braden e sistema de classificação de pacientes na implantação do serviço de cuidado paliativo / Ruth Akemi Sakaue. - Londrina, 2024.
73 f. : il.

Orientador: Eleine Aparecida Penha Martins.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

Inclui bibliografia.

1. Cuidados Paliativos - Tese. 2. Unidade de Terapia Intensiva - Tese. 3. Suportive and Palliative Care Indicators Tool - SPICT - Tese. 4. Grau de dependência do paciente - Tese. I. Penha Martins, Eleine Aparecida . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

RUTH AKEMI SAKAUE

**CONTRIBUIÇÕES DAS ESCALAS: SPICT-BR, MORSE, BRADEN E
SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES NA IMPLANTAÇÃO
DO SERVIÇO DE CUIDADO PALIATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr^a Eleine Aparecida Penha Martins
Orientadora
Universidade Estadual de Londrina - PR

Profa. Dr^a Ligia Carreira
Componente da Banca
Universidade Estadual de Maringá - PR

Prof. Dr. Carlos Takeo Okamura
Componente da Banca
Universidade Estadual de Londrina - PR

Londrina, _____ de _____ de _____.

Dedico esse trabalho as minhas filhas, que
durante todo processo estiveram comigo,
compartilhando diversos sentimentos, sempre
me apoiando a seguir em frente

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me abençoando a realizar esse sonho. Somente Ele, sabe as dificuldades que passei e o quanto foi difícil permanecer nessa caminhada. Obrigada Deus, por não permitir que eu desistisse.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Eleine Aparecida Penha Martins, pela paciência e sabedoria ao longo desse processo.

Aos membros da banca, Prof^a Dr^a Ligia Carreira e Prof. Dr^o Carlos Takeo Okamura, por dedicarem seu tempo e expertise na avaliação desse trabalho.

A diretora de enfermagem do Hospital Unioversitário de Londrina, Iara Secco e a chefe de divisão da Unidade de Terapia Intensiva, Adriana Elias, pela compreensão e incentivo.

Aos meus pais, que deram o dom da vida e me ensinaram os valores dela. As minhas filhas, Nathália e Caroline, minha netinha Alessa, que são partes de mim, cujo amor e incentivo foram fonte de inspiração.

A minha família de “São Paulo”, por entender que muitas vezes não puder estar presente em comemorações e viagens e minha família de “Londrina”, que sempre me acolheram como parte dela.

Aos meus amigos (as) que sempre estiveram ao meu lado oferecendo suporte emocional perante as dificuldades que a surgiram durante esses dois anos, em especial meu querido amigo Valdinei Roxadelli.

Aos colaboradores dos setores do hospital universitário, que prontamente atenderam as solicitações de informações pertinentes a este estudo.

Gratidão a todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho.

“O sofrimento humano só é intolerável quando
ninguém cuida.” Cecily Saunders

SAKAUE, Ruth Akemi. **Contribuições das escalas: SPICT-BR, Morse, Braden e Sistema de Classificação de Pacientes na implantação do serviço de cuidado paliativo**: 2024. 66 páginas. Exame de Defesa de Mestrado em enfermagem - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

RESUMO

Anualmente, cerca de 20 milhões de pessoas no mundo necessitam de cuidados paliativos no seu último ano de vida, porém apenas 14% realmente recebem assistência adequada. No Brasil, cuidados paliativos (CP) ainda é restrito, verifica-se a necessidade de ampliar o olhar para as possibilidades dessa vertente do cuidado pouco explorada pelas equipes de saúde. **Objetivo:** Analisar as contribuições das escalas SPICT-BR, Morse, Braden e SCP na implantação do serviço de cuidado paliativo. **Método:** Trata-se de um estudo de análise documental com metodologia narrativa que descreve as etapas de implantação de uma unidade de cuidado paliativo como um projeto piloto, realizado em unidade de terapia intensiva. O segundo estudo trata-se de um estudo transversal, descritivo de natureza quantitativa. Foi construído um instrumento para caracterização dos pacientes internados contendo as quatro escalas somadas a utilização do uso do ventilador mecânico e presença de familiares. Os dados foram coletados do prontuário do paciente e pela observação do paciente internado. Foram avaliados 256 pacientes internados. **Resultados:** Durante o projeto piloto, foram estabelecidos a criação da equipe, o fluxo de atendimento e interação da equipe com a família e paciente, os critérios e tempo de encaminhamento do paciente da unidade de terapia intensiva para a unidade de internação médico-cirúrgica para que o paciente pudesse ser acompanhado pela família e pela equipe de cuidados paliativos, e, o relato das características do atendimento à 11 pacientes. Para a classificação do perfil dos pacientes, foram analisados 256 pacientes. 44,9% apresentaram SPICT positivo com critérios para indicação aos cuidados paliativos. Desses 55,9% residiam em Londrina, 124 eram do sexo feminino (48,4%). A média da idade foi 56 anos, sendo a idade considerada foi mínima de 18 anos e máxima 97 anos. O tempo médio de internação foi de 13 dias. Houve associação do grau de dependência do cuidado intensivo e semi-intensivo, do alto risco de queda e da formação da lesão por pressão ao paciente com SPICT elegível ao cuidado paliativo, principalmente relacionado às pessoas com doenças neurológicas, cardiovasculares, renais e respiratória com sintomas persistentes, associado ao risco de queda, a formação de lesão por pressão e ao uso de ventilador mecânico. Comorbidades frequentes para hipertensão e hipotireoidismo. **Conclusão:** No que se refere ao projeto piloto, conclui-se que, devido perfil dos pacientes atendidos e porte do hospital, foi imprescindível a criação da unidade de cuidados prolongados, pois com a liberação de leitos de UTI's gera economia de recursos, oferece chance de recuperação aos pacientes que tem prognóstico de cura e principalmente um atendimento humanizado e especializado aos que necessitam de CP. Ao analisar o perfil dos pacientes, observou-se que houve uma associação da eleição ao cuidado paliativo vinculada a doenças neurológicas, cardiovasculares, renais e respiratória com sintomas persistentes e a alta dependência do cuidado de enfermagem associado ao risco de queda, a formação de úlcera de pressão e ao uso de ventilador mecânico. Estas informações impactam no dimensionamento de pessoal e na qualidade da assistência referente a equipe de enfermagem.

Descritores: Cuidados paliativos; Unidade de terapia intensiva; acidentes por quedas; lesão por pressão; cuidados de enfermagem

SAKAUE, Ruth Akemi. **Contributions of the scales: SPICT-BR, Morse, Braden and Patient Classification System in the implementation of the palliative care service**: 2024. 66 pages. Master's Defense Examination in Nursing - State University of Londrina, Londrina, 2024.

ABSTRACT

Every year, around 20 million people around the world require palliative care in their last year of life, but only 14% receive adequate assistance. In Brazil, palliative care (PC) is still restricted, there is a need to broaden the look at the possibilities of this aspect of care that is little explored by health teams. Objective: To analyze the contributions of the SPICT-BR, Morse, Braden and SCP scales in the implementation of the palliative care service. Method: This is a documentary analysis study with narrative methodology that describes the stages of implementing a palliative care unit as a pilot project, carried out in an intensive care unit. The second study is a cross-sectional, descriptive study of a quantitative nature. An instrument was constructed to characterize hospitalized patients containing the four scales plus the use of a mechanical ventilator and the presence of family members. Data were collected from the patient's medical record and by observation of the hospitalized patient. 256 hospitalized patients were evaluated. Results: During the pilot project, the creation of the team, the flow of care and interaction of the team with the family and patient, the criteria and time for referring the patient from the intensive care unit to the medical-surgical hospitalization unit for that the patient could be accompanied by the family and the palliative care team, and the report of the characteristics of care for 11 patients. To classify the patient profile, 256 patients were analyzed. 44.9% had a positive SPICT with criteria for indication for palliative care. Of these 55.9% lived in Londrina, 124 were female (48.4%). The average age was 56 years, with a minimum age of 18 years and a maximum of 97 years. The average length of stay was 13 days. There was an association between the degree of dependence on intensive and semi-intensive care, the high risk of falling and the formation of pressure injuries in patients with SPICT eligible for palliative care, mainly related to people with neurological, cardiovascular, renal and respiratory diseases with symptoms persistent, associated with the risk of falling, the formation of pressure injuries and the use of a mechanical ventilator. Frequent comorbidities for hypertension and hypothyroidism. Conclusion: With regard to the pilot project, it is concluded that, due to the profile of the patients treated and the size of the hospital, it was essential to create a long-term care unit, as the freeing up of ICU beds generates resource savings, offers a chance recovery for patients who have a prognosis of cure and mainly humanized and specialized care for those who need PC. When analyzing the patients' profile, it was observed that there was an association between the election and palliative care linked to neurological, cardiovascular, renal and respiratory diseases with persistent symptoms and high dependence on nursing care associated with the risk of falling, ulcer formation pressure and the use of a mechanical fan. This information impacts staffing and the quality of care for the nursing team.

Descriptors: Palliative care; Intensive care unit; fall accidents; pressure injuries; nursing care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Estudo 1

Figura 1 – Fluxograma da tomada de decisão ética compartilhada centrada na pessoa. Paraná, BR, 202428

Gráfico 1 – Net Promoter Score dos pacientes atendido pela equipe de CP, durante o projeto piloto em uma unidade de terapia intensiva. Paraná, BR, 202434

LISTA DE TABELAS

Estudo 1

Tabela 1 – Características dos pacientes atendidos pela equipe de cuidados paliativos durante o projeto piloto na unidade de terapia intensiva no período de março a junho/2022. Paraná, BR, 2024	32
--	----

Estudo 2

Tabela 1 – Correlação dos pacientes internados em unidades de um hospital universitário com relação a avaliação pela escala SPICT. Paraná, BR, 2024	48
Tabela 2 – Resultado da aplicação da escala SPICT aos pacientes internados em um hospital universitário. Paraná, BR, 2024	50
Tabela 3 – Associação da escala SPICT com escalas SCP, Braden e Morse. Paraná, BR, 2024	51
Tabela 4 – Associação da escala SPICT com a utilização de ventilação mecânica durante a internação dos pacientes em um hospital universitário. Paraná, BR, 2024	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP	Associação Nacional de Cuidados Paliativos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BRADEN	Escala de risco de desenvolvimento de lesão por pressão
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CP	Cuidados Paliativos
DAME	Divisão de Arquivo Médico e Estatística
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
LPP	Lesão Por Pressão
MORSE	Escala de risco de queda
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Ordem de Serviço
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SPICT	Supportive and Palliative Care Indicators Tool
SUS	Sistema Único de Saúde
TMO	Transplante de Medula Óssea
TRR	Time de Resposta Rápida
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO	15
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVO GERAL.....	20
4 RESULTADOS.....	21
4.1 ESTUDO 1	
4.1.1 Título	22
4.1.2 Resumo	22
4.1.3 Introdução	23
4.1.4 Objetivo	24
4.1.5 Metodologia.....	24
4.1.6 Resultados	25
4.1.7 Discussão.....	35
4.1.8 Considerações finais	38
4.1.9 Referências	38
4.2 ESTUDO 2	
4.2.1 Título.....	41
4.2.2 Resumo.....	41
4.2.3 Introdução	42
4.2.4 Objetivo	44
4.2.5 Metodologia.....	45
4.2.6 Resultados.....	47
4.2.7 Discussão	51
4.2.8 Conclusão	56
4.2.9 Referências	56
5 CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	63

SUMÁRIO

APÊNDICES	64
APÊNDICE A – Formulário Dia D.....	64
APÊNDICE B – Termo de Confiabilidade e Sigilo	65
 ANEXOS	 66
ANEXO A – <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i> (SPICT-BR)	66
ANEXO B – Escala de Braden	67
ANEXO C – Escala de Morse.....	68
ANEXO D – Sistema de Classificação de Pacientes (SCP).....	69
ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP	70

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Em vista, principalmente, do aumento da expectativa de vida e a progressão das doenças crônicas e degenerativas devido ao envelhecimento populacional, haverá em uma demanda cada vez maior de profissionais especializados em cuidados paliativos (Chaves *et al.*, 2021).

Devido ao crescente número de pacientes que necessitam desse perfil de cuidado, é de grande relevância valorizar o processo de morrer com dignidade em alternativa a prolongar inutilmente a vida e o sofrimento (Brasil, 2018; Donato *et al.*, 2021).

Portanto, priorizar os Cuidados Paliativos (CP) em pacientes gravemente enfermos internados em terapia intensiva oferece mais qualidade ao tempo de vida, com medidas de conforto físico, emocional, social e espiritual. São inegáveis os benefícios de integrar os cuidados paliativos no contexto da terapia intensiva (Sousa *et al.*, 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçou a necessidade de inclusão dos cuidados paliativos na atenção integral à saúde, por meio da prevenção e controle de sintomas aos que foram acometidos por doenças graves e ameaçadoras da vida. Além disso, incluem-se nos cuidados os familiares e cuidadores, bem como a equipe que presta assistência incluindo a fase de acompanhamento do luto (Amorim; Silva, 2021; Perão *et al.*, 2021; World Health Organization, 2020).

Anualmente, cerca de 20 milhões de pessoas no mundo necessitam de cuidados paliativos no seu último ano de vida, porém apenas 14% realmente recebem assistência adequada (Mendes; Pereira; Barros, 2021).

Tendo em vista o atual cenário econômico mundial que reflete diretamente nos serviços de saúde, especialmente em se tratando de UTI, local em que a necessidade de recursos humanos especializados, tecnologia avançada e a longa permanência dos pacientes impactam diretamente nos custos institucionais (Leal; Freitas-Vilela, 2021; Oliveira *et al.*, 2019).

No Brasil, o cuidado paliativo (CP) ainda é restrito. Verifica-se a necessidade de ampliar o olhar para as possibilidades dessa vertente do cuidado pouco explorada pelas equipes de saúde. Sabe-se que o investimento na educação em paliativismo direcionada aos profissionais de saúde levará ao melhor

desempenho, a fim de minimizar o sofrimento decorrente de procedimentos e medidas invasivas desnecessárias (Mendes; Pereira; Barros, 2021).

Para tal, torna-se necessária a mudança de paradigma dos próprios profissionais que estão alicerçados na capacitação para desempenhar os cuidados paliativos, lidar com a morte e o processo de morrer. Ressalta-se a necessidade de avaliação no momento da admissão em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para estabelecer limites terapêuticos (Perão *et al.*, 2021; Tritany; Souza Filho; Mendonça, 2021).

As novas tecnologias que contribuem para o diagnóstico e tratamento precoce de doenças estão sendo muito utilizadas em UTIs, interferindo artificialmente na fase final da vida, muitas vezes tratando a doença e não a pessoa, causando dor e prolongando sofrimento ao paciente, a família e a equipe (Donato *et al.*, 2021).

Vale lembrar que os CP se fundamentam na visão holística do ser humano, independentemente da idade, com uma doença grave, degenerativa, progressiva e crônica e devem ser iniciados o mais precocemente, idealmente no momento do diagnóstico e seguir concomitante com o tratamento da patologia de base a fim de diminuir o sofrimento e ansiedade (Chaves *et al.*, 2021; Donato *et al.*, 2021; Natividade *et al.*, 2021).

Contudo, muitos profissionais ainda têm dificuldades em compreender que cuidados paliativos não se trata de adiar ou adiantar a morte e sim do reconhecimento desse processo como natural e, portanto, deve pautar-se na dignidade e conforto (Mendes; Pereira; Barros, 2021; Paiva, 2019).

Tendo em vista que para a implantação dos CP, os governos devem envolver as universidades e os hospitais universitários e que a equipe precisa estar alinhada e qualificada, com o intuito de proporcionar cuidado e conforto, ajudando o paciente e todos os envolvidos aliviando angústias e sofrimento (Leal; Freitas-Vilela, 2021; Oliveira *et al.*, 2019).

Visando a qualidade da assistência prestada, as equipes de saúde, em especial a de enfermagem, com a implantação de um novo serviço há a necessidade de estudos referentes aos recursos humanos, materiais e físicos que serão direcionados ao novo serviço. Nesta perspectiva a enfermagem para melhor gerenciar a assistência produz instrumentos que caracterizam os pacientes conforme a sua dependência da assistência, a fim de melhorar a qualidade do cuidado prestado.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) instituiu as horas de enfermagem trabalhadas conforme as características dos pacientes e, transfere a governabilidade de dimensionamento de pessoal conforme a característica dos serviços ofertados (Conselho Federal de Enfermagem, 2024). E, dentro desta perspectiva há autores que criaram instrumentos de grau de dependência da assistência de enfermagem denominada Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) (Fugulin; Gaidzinski; Kurcgant, 2005; Martins; Haddad, 2000; Santos *et al.*, 2007), escalas para risco de queda designada Morse traduzida e validada para língua portuguesa (Urbaneto *et al.*, 2013), escala que auxilia na detecção de fatores de risco para desenvolvimento de lesão por pressão denominada Braden, traduzida para o Brasil por Paranhos e Santos (1999). Normalmente as instituições incorporam estas escalas enquanto ferramentas que subsidiam os recursos humanos e materiais de uma equipe de trabalho.

Ao associarmos o paciente ao cuidado paliativo também há vários instrumentos de mensuração ou avaliação das necessidades de cuidados e eleição para o cuidado paliativo. Dentro das escalas enfatizamos o uso do instrumento *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT), validada para língua portuguesa (SPICT-BR) (Corrêa, 2016), que tem por objetivo auxiliar no reconhecimento dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, através da avaliação de indicadores gerais de deterioração da saúde e de indicadores clínicos de doença avançada. O SPICT é considerado positivo na presença de dois (2) ou mais indicadores gerais associado a um ou mais indicadores clínicos de doença avançada (D'Alessandro *et al.*, 2023)

Salienta-se a importância desse estudo a fim de compreender e identificar o mais precocemente possível o paciente elegível aos cuidados paliativos, por meio da associação do SPICT, com o grau de dependência do paciente e o risco de queda e relatar as dificuldades encontradas para a formação da equipe e implantação dessa vertente do cuidado.

Além disso, faz-se necessário superar o atual modelo de internações prolongadas e à busca constante pela cura das doenças, munindo-se da variedade de recursos disponíveis sem que haja mudança no desfecho final e deixando para segundo plano intervenções para o final de vida digno (Donato *et al.*, 2021; Gomes; Othero, 2016).

Frente à problemática apresentada questiona-se qual o perfil dos pacientes adultos internados em um hospital escola terciário quanto a sua elegibilidade aos cuidados paliativos por meio da escala SPICT-BR e da associação

com o grau de dependência, as escalas de Braden, Morse e o uso da ventilação mecânica?

2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa torna-se importante subsídio para a estruturação e fortalecimento de equipes de cuidado paliativo além da consolidação da prestação do cuidado em serviços especializados ou não em cuidados paliativos a partir da avaliação da necessidade dos cuidados de enfermagem por meio de escalas de grau de dependência da assistência de enfermagem, risco de queda e risco de formação de úlcera de pressão para os pacientes elegíveis aos cuidados paliativos em um hospital universitário público do sul do país.

Estes dados também corroboram com o dimensionamento de pessoal das equipes de enfermagem que prestam assistência ao paciente. Os resultados da pesquisa podem direcionar ações e avanços da assistência em cuidados paliativos.

3 OBJETIVO GERAL

Analisar as contribuições das escalas SPICT-BR, Morse, Braden e Sistema de Classificação de Pacientes na implantação do serviço de cuidado paliativo.

4 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em formato de dois estudos seguindo a normatização do modelo 2 proposto pelo Programa de pós-graduação em enfermagem disposto no endereço eletrônico: <https://pos.uel.br/ppenf/modelos-de-dissertacao/>

Desta forma os estudos terão os seguintes títulos:

Estudo 1: Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva: projeto piloto de implantação

Estudo 2: Correlação das escalas SPICT com as escalas Morse, Braden e Sistema de classificação de pacientes eleitos ao cuidados paliativos.

4.1 ESTUDO 1

4.1.1 Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva: projeto piloto de implantação

4.1.2 Resumo

Introdução: Com o envelhecimento populacional associada a progressão das doenças crônicas degenerativas, haverá cada vez mais pacientes que necessitem de cuidados paliativos especializados e com isso uma demanda cada vez maior de profissionais capacitados em cuidados paliativos. **Objetivo:** Analisar a experiência da implantação do cuidado paliativo em uma unidade de terapia intensiva, em um hospital escola, público, do sul do país. **Método:** Trata-se de um estudo de análise documental com metodologia narrativa que descreve as etapas de implantação de uma unidade de cuidado paliativo, como um projeto piloto, realizado em unidade de terapia intensiva. **Resultado:** Foram estabelecidos os membros da equipe, o fluxo de atendimento e interação da equipe com a família e paciente, os critérios e tempo de encaminhamento do paciente da unidade de terapia intensiva para a unidade de internação médico-cirúrgica para que o paciente pudesse ser acompanhado pela família e pela equipe de cuidados paliativos, e, o relato das características do atendimento à 11 pacientes. **Conclusão:** Conclui-se que, a experiência da unidade de terapia intensiva como uma unidade piloto, teve um papel fundamental de suporte para a criação da unidade de cuidados prolongados, contribuiu para o fluxo de liberação de leitos de UTI's, potencializa a otimização de recursos humanos e financeiros, além de vislumbrar um atendimento humanizado e especializado aos que necessitam de CP.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; unidade de terapia intensiva; Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Introduction: With population aging associated with the progression of chronic degenerative diseases, there will be more and more patients requiring specialized palliative care and with this an increasing demand for professionals trained in palliative care. **Objective:** To analyze the experience of implementing palliative care in an intensive care unit, in a public teaching hospital, in the south of the country. **Method:** This is a document analysis study with narrative methodology that will describe the stages of implementing a palliative care unit, as a pilot project, carried out in an intensive care unit. **Result:** The team members, the flow of care and team interaction with the family and patient, the criteria and time for referring the patient from the intensive care unit to the medical-surgical hospitalization unit were established so that the patient could be accompanied by the family and the palliative care team, and the report of the characteristics of care for 11 patients. **Conclusion:** It is concluded that the experience of the intensive care unit as a pilot unit played a fundamental role in supporting the creation of the long-term care unit, contributed to the flow of release of ICU beds, enhances the optimization of resources human and financial, in addition to envisioning humanized and specialized care for those who need PC.

Keywords: Palliative care; Intensive care unit; Pilot project

4.1.3 Introdução

Lidar com o envelhecimento e a finitude é um processo complexo, compreender a própria mortalidade ou a inevitabilidade da perda de entes queridos, é uma experiência desafiadora e dolorosa (Alves; Martins, 2023)

Os cuidados paliativos surgiram como uma alternativa para pacientes que enfrentam doenças que ameacem a continuidade de suas vidas, visando qualidade de fim de vida e alívio do sofrimento. No Brasil as primeiras iniciativas ocorreram na década de 1990 e apesar de ter avançado na implementação de políticas públicas e na capacitação de profissionais de saúde, ainda é insuficiente e inferior a países da Europa e América do Norte. (D' Alessandro *et al.*, 2023; Queiroz *et al.*, 2023).

Cuidados Paliativo (CP) refere-se a uma abordagem multidisciplinar que visa proporcionar suporte holístico e melhorar a qualidade de vida de pessoas, adultos e crianças, que enfrentam doenças graves, crônicas ou terminais. Essa forma de assistência é direcionada não apenas ao paciente, mas também à sua família, e, busca aliviar o sofrimento físico, emocional, social e espiritual. Devem ser iniciados o mais precocemente, de acordo com a necessidade, e não somente nos últimos dias de vida, podendo ser oferecidos concomitantemente aos cuidados curativos e estender aos familiares após o óbito (D'Alessandro *et al.*, 2023).

Os profissionais da área da saúde têm a formação voltada para a recuperação da saúde e dificuldade de aceitar a morte como um processo natural, muitas vezes colocando o conforto do paciente em segundo plano. No que tange CP, existe um déficit na formação desses profissionais, refletindo na dificuldade em compreender a essência da assistência paliativa (Costa; Silva, 2021; Queiroz *et al.*, 2023).

No ambiente hospital ainda há um déficit quando se trata de cuidados paliativos. A falta de capacitação, protocolos e debates bioéticos em relação a cuidados paliativos no âmbito hospitalar, faz com que os profissionais não consigam lidar com a morte e entender a finitude da vida como uma evolução natural da vida que o cuidado deve ter como foco o paciente e seus familiares (Pinto; Cavalcante; Maia, 2020).

A capacitação em cuidados paliativos é crucial para profissionais de saúde que lidam com pacientes que enfrentam doenças graves e progressivas. Profissionais preparados, proporcionam suporte individualizado, desempenhando um papel essencial na qualidade de vida de pacientes em situações delicadas (Alves; Martins, 2023; Mori Júnior *et al.*, 2021).

Apesar do crescimento significativo de serviços que ofereçam CP no Brasil, com um aumento de 22,5% de 2019 a 2022, com uma média de um serviço para cada 1,6 milhão de habitantes na rede pública, ainda está aquém das necessidades da população, portanto faz-se necessário ampliar o olhar para as possibilidades dessa vertente (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2022; Mendes; Pereira; Barros, 2021).

Diante destes fatos, questiona-se como um serviço unidade de terapia intensiva pode ser um local de estudos para a implantação de uma unidade de cuidados paliativos ou de longa permanência em um hospital universitário?

4.1.4 Objetivo

Analisar e compartilhar a experiência da implantação do serviço de cuidado paliativo em unidade de terapia intensiva de um hospital escola público do sul do país.

4.1.5 Metodologia

Trata-se de um estudo documental com metodologia narrativa que descreve as etapas de implantação de uma unidade de cuidado paliativo como um projeto piloto, realizado em unidade de terapia intensiva.

A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa em relatórios pertencentes as Assessorias de Controle de Qualidade (ACQAE), Assessoria de Recursos humanos e assessoria de recursos materiais, que geram documentos institucionais tanto administrativos como gerenciais e, na descrição das ações da equipe multiprofissional do cuidado paliativo no período de março de 2021 a junho de 2022. Também foram utilizados dados do serviço de estatística do hospital em estudo (Universidade Estadual de Londrina, 2023a).

O hospital deste estudo é considerado de alta complexidade, no sul do Brasil, faz parte da rede cegonha e urgência e emergência, referência em trauma, cardiologia e para gestantes de alto risco. Conta com central de transplante de medula óssea (TMO), banco de olhos, centro de tratamento de queimados, setor de hemodiálise além de hemocentro. Exclusivamente financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com capacidade de, aproximadamente, 390 leitos de internação instalados com mais de 20.000 atendimentos por ano. Atualmente possui 58 leitos de UTI adulto, seis leitos de UTI do centro de queimados, 10 leitos de UTI pediátricos e 10 leitos de UTI para atendimentos de neonatos. Com abrangência de 250 municípios

do Paraná e mais de 100 cidades de outros estados, principalmente São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia. O local do estudo, é o maior órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina, está integrado academicamente ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), tem por objetivo desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade (Brasil, 2023; Universidade Estadual de Londrina, 2023b).

O hospital em estudo possui 58 leitos de UTI adulto, sendo elas divididas em UTI 1 com 10 leitos onde a prioridade de internação são pacientes clínicos e cirúrgicos, na UTI 2 com 10 leitos preferencialmente pacientes cirúrgicos, UTI 3 com 10 leitos com foco em tratamento para pacientes crônicos e contaminados, UTI 4 com 10 leitos para atendimento de pacientes com COVID-19 e isolamento aéreo e a UTI 5/6 com 18 leitos possui perfil misto, atende pacientes clínicos, cirurgicos e crônicos, além de 06 leitos de UTI do centro de tratamento de queimados, 10 leitos pediátricos e 20 leitos neonatais (Universidade Estadual de Londrina, 2023b). Para este estudo a escolha foi a UTI 3 pela proximidade como tema estudado.

Este estudo foi submetido a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente e do hospital, respeitando os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as condições de anonimato dos participantes. Aprovado sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 67004522.6.0000.5231. Número do Parecer: 6.189.474.

4.1 6 Resultados

Os resultados serão apresentados em etapas do histórico do serviço, a estruturação e organização do serviço de UTI, formação da equipe de cuidados paliativos e a experiência de análise da seleção dos pacientes para o cuidado paliativo internados na unidade de terapia intensiva escolhida para este estudo.

Histórico do serviço

O hospital universitário por ser um hospital terciário, referência para muitos municípios menores, recebe muitos pacientes graves, conforme dados do Time de Resposta Rápida (TRR), por vezes permanecem em leitos de emergência e ou leitos de unidades de internação aguardando vaga de UTI.

O hospital possui desde 2009, o TRR, que consiste em uma equipe, composta por médico e fisioterapeuta, que quando acionados, atende intercorrências e emergências nas unidades de internação, acompanha o paciente por até 72h após

alta da UTI e realiza o acompanhamento dos pacientes em demanda reprimida (DR) no aguardo de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Esta instituição, com o objetivo de priorização da disponibilidade dos leitos na terapia intensiva, segue a recomendação do Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 2.156 de novembro de 2016, em seu artigo 6º, que classifica em prioridade de admissão do paciente de um a cinco (1-5), sendo a prioridade 5 (P5) pacientes com doença sem possibilidade de cura, e, em fase terminal da doença, sem perspectiva de recuperação e que prioritariamente deveriam ser admitidos em unidades CP. Porém essa classificação indica apenas os pacientes em limitação de suporte (Conselho Federal de Medicina, 2016).

Vale lembrar a recomendação de que os cuidados paliativos devem estar presentes desde o diagnóstico, caminhando lado a lado com a medicina curativa, sobrepondo o cuidado curativo de acordo com a evolução da doença. Visto que, apesar da triagem inicial, após admissão na UTI, alguns pacientes evoluem muito grave, adquirindo múltiplas infecções, sem prognóstico de cura. E, é nesse momento que o CP exclusivo beneficiaria o paciente e familiares, com alívio da dor e sintomas específicos da doença (Loureiro; Carvalho, 2021; World Health Organization, 2020).

Um fator importante seria a transferência para uma unidade de internação, onde os pacientes poderiam ficar com acompanhantes e com horário de visita maior e mais flexível, conforme orienta a resolução nº 2.156 de novembro de 2016. Em contrapartida haveria liberação de vaga para os pacientes que estão em demanda reprimida, aguardando vaga de UTI (Conselho Federal Medicina, 2016).

O referido hospital também possui o credenciamento com o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) devido unidade de transplante de óssea e para manter esse credenciamento, uma das exigências do MS é a oferta de cuidados paliativos, conforme portaria nº 140/2014 (Instituto Nacional de Câncer, 2014).

Desde 2002, o hospital possui uma Comitê de Bioética, conforme Ordem de Serviço da Diretoria Superintendente 46/2002, que auxiliavam quando havia algum dilema sobre cuidados paliativos, nesses casos específicos esse comitê era acionado.

Diante dessa realidade, do perfil da população atendida, da liberação de vagas em leitos de UTI e interesse da direção surge a necessidade de uma equipe de CP.

Formação da equipe de cuidados paliativos

Em março de 2021 foi realizada a primeira reunião com a diretoria de enfermagem e a médica com especialização em cuidados paliativos. E, em outubro de 2021, por meio da Ordem de Serviço da Diretoria Superintendente 15/2021, foi criada a comissão de cuidados paliativos (CCP) do HU-UEL, de caráter multiprofissional. Dentro dessa comissão, foi constituída a Equipe Executora de Cuidados Paliativos Adultos (EECPA), denominada equipe nuclear, composta por uma médica com especialização em cuidados paliativos, três enfermeiras, uma assistente social e uma psicóloga. Dos componentes da equipe, apenas a médica tinha carga horária exclusiva para cuidados paliativos, os demais membros, exerciam suas funções diárias e atendiam as demandas dos cuidados paliativos.

Num primeiro momento, foi realizado uma análise do perfil de todos pacientes internados no hospital com o objetivo de identificar os pacientes com indicação de cuidados paliativos. Para esta análise do perfil dos pacientes foi programado a ação em um único dia de aplicar a escala SPICT – BR (Corrêa, 2016), analisar os prontuários, e observar a presença de acompanhante junto ao paciente e a necessidade de ventilação mecânica. Participaram desta etapa de análise dez enfermeiros com expertise em assistência de enfermagem e uma (1) médica com especialidade paliativista.

A partir deste diagnóstico, a equipe adotou os quatros passos descritos abaixo, respaldada nos aspectos da tomada de decisão ética e compartilhada centrada na pessoa.

Segue a apresentação de um fluxograma para a decisão ética da vivência da equipe de cuidados paliativo.

Figura 1 - Fluxograma da tomada de decisão ética e compartilhada centrada na pessoa. Paraná, BR, 2024



Fonte: Elaborado pela equipe CP do Hospital Universitário

Conforme fluxograma acima, a avaliação do paciente era realizada em 4 etapas:

- 1- Foco na doença: levantamento de informações, através do prontuário eletrônico/informações do paciente/família/equipe titular – diagnóstico e comorbidades, história natural da doença, fase da patologia, tratamentos já realizados, possibilidades terapêuticas, prognóstico;
- 2- Foco na pessoa: conhecer os valores do paciente e significado do sofrimento para ele e seus familiares;
- 3- Foco na equipe: compartilhar informações sobre os itens acima, sobre o que seria aceitável, recomendado, potencialmente inapropriado e fútil; buscar consenso entre as equipes: cuidados paliativos, terapia intensiva e equipe titular;
- 4- Foco na relação paciente/família: decisão e planejamento terapêutico entre profissional de saúde/paciente/familiares, com o objetivo de tomada de decisão para o melhor e pior cenário.

A partir desta estruturação, foi somado à equipe titular, a presença de mais um médico paliativista, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, serviço de capelania e profissional capacitado em práticas integrativas, como auriculoterapia, reiki, reflexologia podal e aromaterapia.

Esta equipe forneceu o suporte em tempo integral a equipe de cuidado paliativo que estava se formando na unidade de terapia intensiva, assim como o acolhimento dos pacientes e famílias em alta da unidade de terapia intensiva (UTI3), e, orientações de como proceder com a família dos pacientes que não haviam concordado com a alta.

Estruturação e organização do serviço da UTI

Como o hospital do estudo possui um centro de terapia intensiva em dimensões físicas distintas no hospital, houve uma avaliação do perfil dos pacientes internados nas seis terapias intensivas do hospital, e, a unidade de terapia designada como três (UTI3) foi a eleita para dar início ao projeto. Esta UTI é composta por dez (10) leitos e o perfil da população internada são de pacientes com doenças crônicas, presença de múltiplas infecções, que permanecem na unidade por longa permanência e com elegibilidade ao cuidado paliativo.

A UTI3 é uma unidade que segue as regras da RDC50/2002 e, está equipada com ventilador mecânico, monitor multiparamétrico, camas elétricas, colchão viscoelástico, rede de vácuo e desfibrilador. A equipe médica possui diarista, plantonista, residentes e interno, a fisioterapia atende por 18h consecutivas, das 07h às 01h após esse horário existe uma escala do pronto socorro que em caso de necessidade pode ser acionada. A equipe de enfermagem é composta por uma chefia de divisão, responsável pelas seis UTI's, uma encarregada de seção que se responsabiliza por uma terapia intensiva, seis enfermeiras gerenciais, 10 técnicos de enfermagem, sendo uma no material, 12 enfermeiros assistenciais e dois escriturários. A UTI3 conta com residentes da odontologia, das disciplinas de radiologia e periodontia, que realizam diariamente, inspeção da cavidade e higiene oral dos pacientes, auxiliando na prevenção de pneumonias associadas a ventilação mecânica. A psicóloga e assistente social estão presentes durante o horário de visita diurno, participam da reunião multiprofissional e quando necessário são acionadas

pela equipe. O serviço de capelania é acionado perante solicitação do paciente ou família.

No período matutino é realizado diariamente um *checklist* multiprofissional na beira leito, para revisar as metas a serem cumpridas diariamente com o paciente, como a suspensão do uso de medicações que alteram a consciência consideradas “o despertar diário”, retirada de dispositivos, dietas entre outros. Realiza-se também uma reunião multiprofissional uma vez por semana, normalmente as quintas feiras pela manhã, onde são discutidos desde história do paciente até as demandas individuais.

Durante o período da implantação do serviço de cuidado paliativo, foram realizadas várias reuniões e capacitações entre as equipes da comissão de cuidados paliativos e a equipe da unidade de terapia intensiva em estudo para estruturação de um projeto piloto e posteriormente a implantação na terapia intensiva.

As reuniões eram periódicas, duas vezes por semana, com duração de aproximadamente duas horas, sendo que na primeira reunião semanal, na primeira hora era para capacitação da equipe, com temas previamente elencados: introdução aos CP, entendendo a decisão ética compartilhada, técnicas de escuta ativa, estratificação de planos de cuidados na UTI, higiene e conforto, controle sintomatológico, sedação paliativa, espiritualidade e luto. A segunda hora para estudo da estruturação do fluxo de atendimento, momento de discussão sobre os protocolos necessários para a implantação da unidade de CP. E, a segunda reunião semanal era designada para a discussão dos casos atendidos e a demandas dos pacientes e familiares. Nestas reuniões eram exploradas a evolução clínica e a possível elegibilidade ao cuidado paliativo.

Também foram utilizadas estratégias de conferências familiares, momentos em que a equipe de saúde, pelo menos dois membros, reunia-se com as famílias dos pacientes, com duração de uma a duas horas, sempre que necessário com o objetivo de compartilhar informações e tomadas de decisões, acolhimento da família com a escuta ativa, esclarecimento de dúvidas que a família poderia expressar, auxiliar na resolução de problemas, planejar os cuidados com o paciente e oferecer suporte sobre as decisões de suspensão ou não de medidas invasivas (Santos *et al.*, 2023).

Após todos os esclarecimentos realizados pela equipe à família, a tomada de decisão sempre era realizada em conjunto família-equipe em situação de

concordância e paz para todos, aqueles pacientes que se encontram sem possibilidade de recuperação, recebiam alta da UTI3 e eram encaminhados ao setor de internação médico- cirúrgica e permaneciam sob os cuidados da equipe titular e com acompanhamento da equipe de CP de forma consultora.

Vale descrever que a UTI 3 possui três horários de visita divididos entre os períodos matutino, vespertino e noturno com duração de 30 minutos. Durante a semana, nos horários diurnos, dois profissionais revezavam para atendimento aos familiares, quando necessário acionavam o profissional da área específica. No período noturno, finais de semana ou feriados, somente se houvesse solicitação do familiar. Para aqueles pacientes que apesar de elegível ao cuidado paliativo e a alta da unidade de terapia intensiva, permaneciam na UTI, foi estabelecido o horário da visita de forma estendida. Após avaliação psicológica, o familiar poderia permanecer ao lado do paciente e revezar com outros membros da família que vinham nos horários de visita.

Análise dos pacientes na UTI designada ao cuidado paliativo

O projeto piloto na UTI3, ocorreu de março a junho de 2022. Após iniciar, percebeu-se que culturalmente, o entendimento dos trabalhadores do hospital e, em especial da equipe da UTI3, que o significado de cuidados paliativos, estava direcionado à conotação de pacientes com limitação de suporte, ou seja, fora de possibilidade terapêutica e, condicionado a situação pré-morte. Diante desta situação, foi realizado uma capacitação com toda a equipe de enfermagem da UTI3 e convidado os demais trabalhadores de outras unidades de internação do hospital. Esta capacitação ocorreu durante três semanas, com carga horária de três horas, promovida pelo departamento de educação continuada do hospital em parceria com a equipe titular de cuidados paliativos que ministrou a capacitação.

Os pacientes foram sendo introduzidos na equipe de cuidados paliativos de forma gradual, um (1) paciente por semana, em avaliação conjunta com a equipe da UTI. Após essa avaliação era realizada discussão com a equipe titular e em caso de dissonância a opinião da equipe titular se sobressai.

Abaixo seguem os resultados da avaliação dos pacientes na primeira etapa de implantação.

Tabela 1 – Características dos pacientes atendidos pela equipe de Cuidados Paliativos, durante o projeto piloto na unidade de terapia intensiva no período de março a junho/2022. Paraná, BR, 2024

		N=11	%
Gênero	Feminino	5	46%
	Masculino	6	54%
Idade	21 – 30	0	0%
	31 - 40	0	0%
	41 – 50	3	27,2%
	51 – 60	4	36,3%
	61 – 70	2	18,1%
	71 – 80	2	18,1%
	81 – 90	0	0%
Equipe titular	Cirurgia do Aparelho Digestivo	1	9,09%
	Cirurgia Geral	1	9,09%
	Clínica Médica	2	18,1%
	Ginecologia	1	9,09%
	Moléstia Infecciosa	1	9,09%
	Neurologia	1	9,09%
	Pneumologia/ Torácica	4	36,3%
Tempo de acompanhamento com a objetivos de cuidados equipe de CP	1 A 5 Dias	4	36,3%
	6 A 10 Dias	1	9,09%
	16 A 20 Dias	1	9,09%
	31 A 40 Dias	3	27,2%
	41 A 50 Dias	2	18,1%
Primeira reunião familiar	1 A 5 Dias	7	63,6%
	>5 Dias	1	9,09%
	Não Realizadas	3	27,2%

Números de reuniões realizadas	0	3	27,2%
	1	3	27,2%
	2	4	36,6%
	3	1	9,09%
Desfecho	Óbito	9	81,8%
	Alta	2	18,1%

Fonte: autora

Nesse período, foram atendidos pela equipe de cuidados paliativos 11 pacientes, com discreta predominância do sexo masculino com 54%, a faixa etária predominante foi entre 51 a 60 anos com 36% e 27% entre 41 a 50 anos.

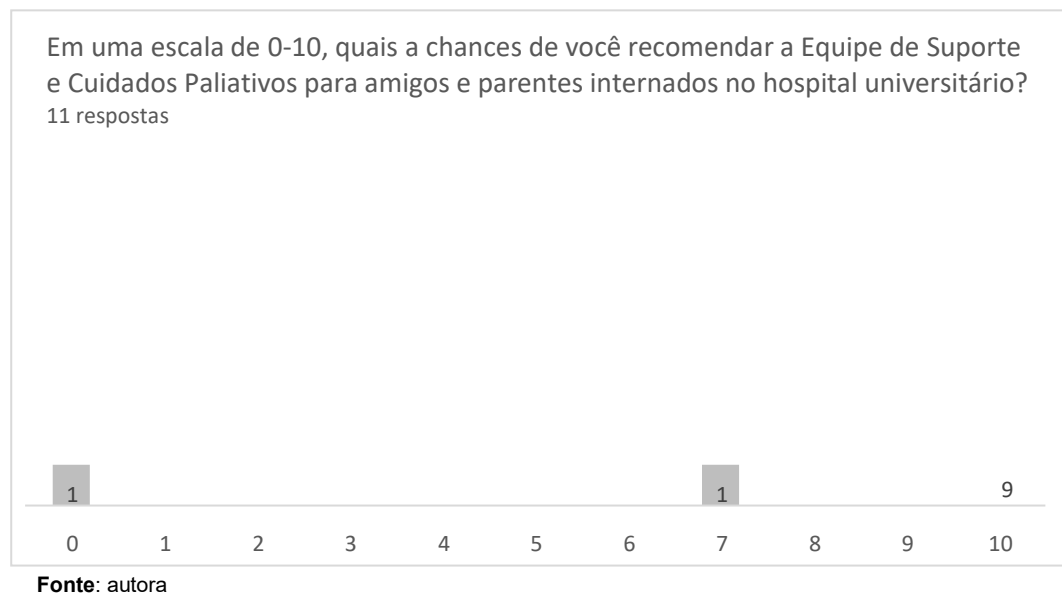
Em relação a equipe titular, 36% eram da pneumologia/torácica, seguido de 18% da clínica médica. O tempo de acompanhamento foi maior entre 1 a 5 dias com 36%, de 31 a 40 dias 27% e entre 41 a 50 dias 18%. Quanto ao tempo de realização da primeira conferência familiar, 63% foram realizadas até o quinto dia de admissão na equipe de CP e 27% não houve reunião familiar.

No que se refere ao desfecho, dois pacientes receberam alta hospitalar, nove pacientes evoluíram a óbito, desses óbitos seis pacientes tiveram limitação de suporte definida pela equipe e 3 evoluíram a óbito antes mesmo de iniciar a discussão para definição de objetivos de cuidados, devido extrema gravidade já se encontravam no processo ativo do morrer. Dos seis pacientes que estavam em limitação de suporte, 50% foram transferidos para unidade de internação, para que pudessem estar junto de seus familiares. Os outros 50% foram mantidos na UTI, devido sofrimento familiar intenso, inclusive com funcionamento psíquico patológico e sobretudo a ausência de uma unidade de CP, com equipe treinada para prover suporte biopsicossocial e espiritual do paciente e seus familiares.

Os três pacientes permaneceram na UTI, com limitação de suporte terapêutico por 6, 10, 6 dias consecutivamente. Segundo a Seção de Custos do hospital em estudo, o valor médio de uma diária em unidade de terapia intensiva, gira em torno de R\$ 3.388,00, em contrapartida os valores das unidades de internação médico cirúrgica feminina e masculina variam entre si, com uma média de R\$1.345,00. O custo total desses pacientes mantidos em UTI foi de R\$ 74.536,00, enquanto na enfermaria, seria de R\$ 29.590,00.

Para avaliação da satisfação do atendimento, a equipe utilizou o *Net Promoter Score*, aplicativo direcionado para avaliar quantitativamente e qualitativamente a indicação de acompanhamento com a equipe de CP. Foi realizada pela assistente social, via telefone, ao paciente que recebeu alta hospitalar ou ao cuidador principal do paciente que evoluiu a óbito, após um período de 1 mês.

Gráfico 1 - *Net Promoter Score* dos pacientes atendidos pela equipe de CP, durante o projeto piloto em uma unidade de terapia intensiva. Paraná, BR, 2022.



As famílias expressaram alto grau de satisfação com a qualidade dos cuidados recebidos, sendo que oito (82%) dos entrevistados com certeza indicariam o acompanhamento com a equipe de CP, um (9%) se mostraram neutros e um (9%) não indicariam o acompanhamento com a equipe.

Ao final do projeto piloto, na semana seguinte, foram realizadas reuniões semanais entre a equipe de cuidados paliativos e a equipe que seria da unidade de cuidados paliativos, para discussão e treinamento da nova equipe.

Para que a unidade de cuidados paliativos fosse criada, o setor de convênios foi acionado e foi verificado que, o financiamento para organização da unidade de cuidados paliativos ainda é objeto de pactuação tripartite. Foi criada assim a unidade de cuidados prolongados com ênfase em cuidados paliativos. Essa unidade

possui 14 leitos, sendo 4 destinados a pacientes pós UTI e 10 a pacientes em cuidados paliativos (setor de convênios hu).

4.1. 7 Discussão

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma estrutura hospitalar destinada a atendimento a pacientes potencialmente graves e com possibilidade de recuperação, que oferece suporte de alta complexidade, equipe qualificada, monitorações diversas, através de técnicas e tratamentos invasivos, durante 24h (Oliveira *et al.*, 2019).

As unidades de terapia intensiva, são projetadas para fornecer cuidados médicos avançados, com equipe especializada e monitoramento contínuo, especialmente para pacientes que em estado crítico, impactando diretamente nos custos institucionais (Leal; Freitas-Vilela, 2021; Oliveira *et al.*, 2019). É de suma importância, uma avaliação global e abrangente do estado de saúde do paciente não somente no momento da admissão em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para estabelecer limites terapêuticos (Perão *et al.*, 2021).

Naturalmente as unidades de terapias intensivas são pautadas em princípios biomédicos e curativistas que dificultam a visão do cuidado humanizado e centrado nas necessidades humanas básicas, no bem estar do paciente e família, autocuidado e preservação da autonomia da pessoa (Costa *et al.*, 2016; Faria *et al.*, 2017).

Com o avançar da idade, associado a epidemiologia das doenças crônica torna-se natural a admissão cada vez maior de pacientes em unidades de terapias intensivas, porém, um contra ponto e desafio é a manutenção da qualidade de vida, e livramento dos tratamentos ou medidas que prolonguem o sofrimento. Fatores que corroboram com a visão do cuidado paliativo de incluir medidas de melhora da qualidade de vida e diminuição da prorrogação do sofrimento (Luiz *et al.*, 2018).

Estas informações são somatórias a divulgação do Wordwide Hospice Palliative Care (2021) que enfatizam o aumento em 90% das doenças crônicas não transmissíveis com comprometimento funcional e dependência, decorrentes de acometimentos cardiovasculares, neoplasias, doenças pulmonares obstrutivas e diabetes.

Em contrapartida, os princípios do cuidado paliativo enfatizam a

assistência qualificada para o paciente e o conforto para os familiares, assim como incluindo o atendimento ao estado de saúde físicos, espirituais, psicossociais e prevenção e alívio da dor, prestada por uma equipe multiprofissional qualificada (Martins *et al.*, 2022), e, quando se fala de cuidado, supõe-se ser independente da unidade de internação.

Há estudos no Brasil que revelam que as primeiras iniciativas do cuidado paliativo ocorreram em 1990, e que apesar de todos os avanços nas políticas públicas ainda tem um déficit de conhecimento em relação aos países da Europa e América do Norte (D'Alessandro *et al.*, 2023; Queiroz *et al.*, 2023). Autores como Mori Junior *et al.* (2021), Alves e Martins (2023) enfatizam a necessidade de capacitações para profissionais que trabalham com doenças graves, progressivas e com vivência em situações delicadas.

Nesta unidade de terapia considerada piloto, foi formada uma equipe multiprofissional e, interdisciplinar que participaram de cursos de sensibilização e de aprofundamento no tema cuidados paliativos. Quando a equipe nuclear iniciou o projeto piloto na UTI a maior dificuldade foi o desconhecimento dos profissionais em relação aos cuidados paliativos e a terminalidade natural da vida, corroborando com os achados de Martins *et al.*, (2022).

Estes achados também são encontrados por Guilini *et al.* (2017) em sua pesquisa também desvelou a mesma necessidade da equipe multiprofissional, porém enfatizou a oferta de cursos no atendimento a pacientes em terminalidade de vida.

Outro ponto a ser analisado é o tempo de permanência do paciente em unidade de terapia intensiva. Normalmente o custo do leito de terapia intensiva chega a ser duas vezes maior do que um leito de enfermaria médico – cirúrgico. Além do agravante que muitas vezes as terapias intensivas não permitem a presença do acompanhante durante a internação, fato que pode contribuir para o isolamento do paciente da sua família. Neste estudo o tempo de um a cinco dias (Conselho Federal de Medicina, 2016).

Lembrando que o cuidado paliativo (CP) busca ofertar o cuidado holístico com o alívio do sofrimento físico, emocional, social e espiritual, envolve a família precocemente e vai além do óbito, numa abordagem multidisciplinar e devem ser mantidos inclusive após o óbito (D'Alessandro *et al.*, 2023), faz-se necessário pensarem unidades de internação médico-cirúrgica que possa acolher este binômio paciente

família que possam ser acompanhados por equipes especializadas em cuidados paliativos.

A experiência envolveu 11 pacientes, sendo 54% do sexo masculino, a faixa etária predominante foi entre 51 a 60 anos com 36%. Em relação a equipe titular, 36% eram da pneumologia/torácica, seguido de 18% da clínica médica. O tempo de acompanhamento foi maior entre um a cinco dias com 36%, de 31 a 40 dias com 27% e entre 41 a 50 dias com 18%. O tempo de realização da primeira conferência familiar, 63% foram realizadas até o quinto dia de admissão na equipe de CP e 27% não houve reunião familiar. Quanto ao desfecho, dois pacientes receberam alta hospitalar e nove evoluíram a óbito, desses seis tiveram limitação de suporte definida pela equipe e três evoluíram a óbito antes mesmo de iniciar a discussão para definição de objetivos de cuidados. Dos seis pacientes que estavam em limitação de suporte, 50% foram transferidos para unidade de internação, para que pudessem estar junto de seus familiares. Os outros 50% foram mantidos na UTI, devido sofrimento familiar intenso, inclusive com funcionamento psíquico patológico e sobretudo a ausência de uma unidade de CP, com equipe treinada para prover suporte biopsicossocial e espiritual do paciente e seus familiares

Nota-se que os pacientes atendidos pela equipe de cuidados paliativos eram relativamente novos se comparado com os pacientes acompanhados como CP pelo TRR do hospital, isso justifica-se pelo fato que quando admitidos, esses pacientes não eram P5 e conforme a doença foi evoluindo passaram a necessitar de cuidados paliativos exclusivo. Alguns pacientes não foram possíveis realizar nenhuma conferência familiar, pois foram admitidos na equipe tardiamente, no processo do morrer. Não existir uma unidade de CP com equipe capacitada, 50% dos pacientes com limitação de suporte permaneceram na UTI. Tais fatos coincidem com os achados no estudo de Martins *et al.* (2022) e com as diretrizes do Ministério da Saúde que os cuidados paliativos devem ser ofertados em todas as fases do adoecimento.

Estudo de Martins *et al.* (2022) concluiu em seu estudo a necessidade de readequações estruturais e de processo de trabalho nas unidades de terapias intensivas, para se convergerem aos princípios filosóficos e técnicos dos cuidados paliativos.

Neste estudo houve um engajamento do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para se instrumentalizar na prestação do atendimento humanizado com foco na pessoa, suprimindo suas necessidades, fez com

que o resultado do NPS fosse satisfatório, comprova que uma unidade com equipe capacitada traz satisfação aos pacientes e ou familiares. Também a unidade de terapia intensiva serviu de suporte para a criação de unidade de cuidados prolongados vinculado ao cuidado paliativo.

Como limitação do estudo, foi número reduzido de pacientes acompanhados pela equipe de suporte e cuidados paliativos.

4.1.8 Conclusões e Considerações finais

Diante dos fatos acima, conclui-se que, devido ao perfil dos pacientes atendidos e porte do hospital, foi imprescindível a criação da unidade de cuidados prolongados, pois com a liberação de leitos de UTI's gera economia de recursos, oferece chance de recuperação aos paciente que tem prognóstico de cura e principalmente um atendimento humanizado e especializado aos que necessitam de CP. Normalmente as UTI's não tem estrutura física para proporcionar um conforto maior aos familiares que permaneciam em visita estendida ou como acompanhante 24h. A UTI demonstrou ser uma boa unidade piloto para o início do cuidado paliativo de forma sistematizada. Porém, o número de leitos ofertados ainda é insuficiente, sendo que muitos pacientes têm indicação de CP permanecem em ambientes externos às terapias intensiva ou unidades de longa permanência por falta de vagas.

4.1.9 Referências

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Atlas de cuidados paliativos no Brasil**. São Paulo: ANCP, 2022. Disponível em: <https://paliativo.org.br/blog/academia-nacional-de-cuidados-paliativos-lanca-dados-ineditos-sobre-os-cuidados-paliativos-no-brasil>. Acesso em: 20 jan. 2024.

ALVES, M. A.; MARTINS, R. D. O preparo do enfermeiro para atuar com os cuidados paliativos: uma revisão. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 97, n. 3, p. e023143, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)**. Brasília: Ministério da Saúde: 2023. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.156 de 17 de novembro de 2016**. Estabelece critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Diário Oficial da União. Brasília, 2016, Seção I. p.138-139. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CORRÊA, S. **SPICT-BRTM**: Uma ferramenta para auxílio na identificação de pacientes que podem precisar de cuidados paliativos/ SPICTTM Supportive and Palliative Care Indicators Tool. Edinburgh: University of Edinburgh, 2016. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/> Acesso em: 25 fev. 2024.

COSTA, B. M.; SILVA, D. A. da. Performance of the nursing team in palliative care. **Research, Society and Development**. Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 2, p. e28010212553, 2021.

COSTA, R. S. *et al.* Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n.108, p. 170-177, 2016.

D'ALESSANDRO, M. P. S. *et al.* (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

FARIA, T. N. T. *et al.* Palliative care in an intensive therapy unit: perceptions of nursing professionals. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 5, p. 1996-002, 2017.

GULINI, J .E. H. M. B. *et al.* A equipe da Unidade de Terapia Intensiva frente ao cuidadopaliativo: discurso do sujeito coletivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. e0322, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Portaria 140/2014**. Redefine os critérios e parâmetros dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção em oncologia. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria-140-fev-2014.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2024.

LEAL, M. A.; FREITAS-VILELA, A. A. Custos das infecções relacionadas à assistência em saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 1, p. e20200275, 2021.

LOUREIRO, N.; CARVALHO, D. Doentes crônicos e cuidados paliativos: da identificação precoce ao cuidado centrado na família, num serviço de medicina interna. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 28, n. 3, p. 277-287, 2021.

LUIZ, M. M. *et al.* Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 585-559, 2018.

MARTINS, M. R. *et al.* Assistência a pacientes elegíveis para cuidados paliativos: visão de profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. e20210429.2022.

MENDES, P. B.; PEREIRA, A. A.; BARROS, I. C. Bioética e cuidados paliativos na graduação médica: proposta curricular. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 534-542, 2021.

MORI JÚNIOR, A. H. *et al.* Habilidades do cardiologista nos cuidados paliativos e a importância do reconhecimento precoce. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Ouro Fino, v. 13, n. 4, p. e7233, 2021.

OLIVEIRA, E. M. *et al.* Nursing Activities Score e custo da assistência de enfermagem requerida e disponível. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 137-142, 2019. Suplemento 1.

PERÃO, O. F. *et al.* Representações sociais de conforto para familiares de pacientes em cuidados paliativos na terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, p. e2019043, 2021.

PINTO, K. D. C.; CAVALCANTI, A. N.; MAIA, E. M. C. Princípios, desafios e perspectivas dos cuidados paliativos no contexto da equipe multiprofissional: revisão da literatura. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, Montevideo, v. 10, n. 3, p. 151-172, 2020.

QUEIROZ, T. T. S. *et al.* Cuidados paliativos e a percepção do enfermeiro frente ao paciente oncológico. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 12, n. 1, p. e14112139461, 2023.

SANTOS, I. B. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de crianças em cuidados paliativos de um hospital. **Revista Bioética**, Brasília, v. 31, p. e3293PT, 2023.

SOUSA, E. O. *et al.* A importância da implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, v. 5, n. 5, p. 4070-4078, 2023.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário de Londrina. **Divisão de Arquivo Médico e Estatística (DAME HU)**. Londrina: UEL, 2023a.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário de Londrina. **Missão**. Londrina: UEL, 2023b. Disponível em: <https://www.uel.br/hu/portal>. Acesso em: 19 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative care**. Geneva: WHO, 2020. Disponível: <https://bit.ly/3AwsSpn>. Acesso em: 9 fev. 2024.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care at the end of life**. 2nd ed. WHPCA: London, 2021. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso em: 9 fev. 2024.

4.2 ESTUDO 2

4.2.1 Correlação das escalas spict com as escalas morse, braden e sistema de classificação de pacientes eleitos aos cuidados paliativos

4.2.2 Resumo

Introdução: O binômio pacientes elegíveis aos cuidados paliativos e suas famílias devem ser atendidos precocemente por uma equipe especializada, evitando o sofrimento. Portanto, há necessidade de recursos humanos adequados para a boa assistência. **Objetivo:** Identificar os pacientes elegíveis ao cuidado paliativo por meio da escala SPICT-BR e associar às escalas de grau de dependência da assistência de enfermagem, risco de queda (escala de Morse), risco de lesão por pressão (escala de Braden), uso de ventilação mecânica e presença de acompanhantes. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo de natureza quantitativa. Foi construído um instrumento para caracterização dos pacientes internados contendo as quatro escalas somadas a utilização do uso do ventilador mecânico e presença de familiares. Os dados foram coletados do prontuário do paciente e pela observação do paciente internado. A coleta ocorreu em um dia, porém de todos os pacientes internados. **Resultado:** Do total de 375 pacientes internados, foram analisados 256, 44,9% apresentaram SPICT positivo para a indicação aos cuidados paliativos. Desses 55,9% residiam em Londrina, 48,4% eram do sexo feminino, idade média de 56 anos. O tempo médio de internação foi de 13 dias. Houve resultado estatisticamente significativo para associação dos pacientes eleitos com o grau de dependência da assistência de enfermagem intensivo e semi-intensivo, com o risco de queda e com o risco de formação de úlcera de pressão. **Conclusão:** Os pacientes em cuidados paliativos estão distribuídos no hospital, o grau de dependência elevado para o cuidado tem associação com o risco de queda e a formação de úlcera de pressão e requerem cuidados de excelência influenciando no dimensionamento de pessoal.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; hospital terciário; lesão por pressão; acidentes por quedas; cuidados de enfermagem

Abstract

Introduction: The binomial patients eligible for palliative care and their families must be treated early by a specialized team, avoiding suffering. Therefore, there is a need for adequate human resources for good assistance. **Objective:** To identify patients eligible for palliative care using the SPICT-BR scale and associate it with the scales of degree of dependence on nursing care, risk of falling (Morse scale), risk of pressure injuries (Braden scale), use mechanical ventilation and presence of companions. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive study of a quantitative nature. An instrument was constructed to characterize hospitalized patients containing the four scales plus the use of a mechanical ventilator and the presence of family members. Data were collected from the patient's medical record and by observation of

the hospitalized patient. Collection took place in one day, but from all hospitalized patients. **Result:** Of the total of 375 hospitalized patients, 256 were analyzed, 44.9% had a positive SPICT for indication of palliative care. Of these 55.9% lived in Londrina, 48.4% were female, with an average age of 56 years. The average length of stay was 13 days. There was a statistically significant result for the association of selected patients with the degree of dependence on intensive and semi-intensive nursing care, with the risk of falling and the risk of pressure ulcer formation. **Conclusion:** Patients undergoing palliative care are distributed throughout the hospital, the high degree of dependence for care is associated with the risk of falling and the formation of pressure ulcers and require excellent care, influencing staffing.

Keywords: Palliative care; Tertiary hospital; Pressure injuries; Fall accidents; Nursing care

4.2.3 INTRODUÇÃO

A OMS reconhece a importância dos cuidados paliativos como componente essencial dos serviços de saúde. Destaca a necessidade da inclusão na atenção integral a saúde, pois cuidados paliativos vão além de controles de sintomas, é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante dos problemas associados a doenças que ameaçam a vida, incluindo a fase do luto (Amorim; Silva, 2021; Perão *et al.*, 2021; World Health Organization, 2020).

Aproximadamente cerca 20 milhões de pessoas no mundo necessitam de cuidados paliativos no seu último ano de vida e apenas 14% realmente recebem assistência adequada (Mendes; Pereira; Barros, 2021). Com o aumento da longevidade da população, a necessidade de cuidados paliativos aumenta a cada ano, estima-se que essa demanda dobre até o ano de 2060 (D'Alessandro *et al.*, 2023).

Em vista do cenário econômico que influencia diretamente a área da saúde, eventos econômicos podem causar impactos significativos nos sistemas de saúde, principalmente quando se refere as UTI's, onde muitas vezes são pacientes de longa permanência, que demandam equipe especializadas, tecnologia de ponta com procedimentos invasivos que impactam diretamente nos custos das instituições (Leal; Freitas-Vilela, 2021; Oliveira *et al.*, 2019).

Apesar do aumento da oferta de cuidados paliativos, sabe-se que ainda é restrito e aquém das necessidades da população. É necessários mais investimentos na educação dos profissionais de saúde a fim de evitar procedimentos invasivos e desnecessários que causam sofrimento ao paciente e gastos as instituições, sem que isso mude o desfecho (Mendes; Pereira; Barros, 2021).

Segundo a OMS, CP é uma assistência prestada por uma equipe multidisciplinar, diante de uma doença que ameaça a vida, independente da idade, proporcionado qualidade de vida, deve ser iniciado o mais precocemente possível e ofertado em todas a redes de atenção à saúde (RAS). Os pacientes que necessitam de CP, são acometidos principalmente pelas doenças cardiovasculares, neoplasias, DPOC, aids e diabetes mellitus. (World Health Organization, 2020).

Com a finalidade de promover a segurança dos pacientes e a qualidade dos serviços de saúde, em 2013 o MS criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Dentre os protocolos instituídos pelo PNSP estão a prevenção de quedas e lesões por pressão (Brasil, 2013). O uso das escalas promove intervenções preventivas, antecipando o acontecimento, qualificando o processo do cuidar (Cargnin *et al.*, 2023).

A escala de MORSE, é uma ferramenta de avaliação, do risco de queda em pacientes. Desenvolvida por Jeremy Morse, essa escala atribui pontuações com base em histórico de quedas anteriores, diagnósticos secundários, terapia endovenosa, marcha e estado mental. Barbara Braden e Nancy Bergstrom, desenvolveram a escala de BRADEN, utilizada para prever o risco de desenvolvimento de lesão por pressão, através da avaliação de algumas categorias como percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento (Barros; Garbi; Pinto, 2023)

O dimensionamento de pessoal é um processo estratégico utilizado por gestores para determinar a quantidade adequada de funcionários necessários para realizar as atividades de forma segura e organizada. Ele é crucial em diversos setores e desempenha um papel importante em assegurar que uma equipe seja suficiente para atender às demandas específicas, levando em consideração o grau de dependência dos pacientes. Dentre as ferramentas utilizadas, destaca-se o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), desenvolvida pela enfermeira brasileira Maria Fernanda Santos Fugulin em 1994. Originalmente essa escala abordava nove (9) áreas, estado mental, oxigenação, SSVV, motilidade, deambulação, alimentação,

cuidado corporal, eliminação e terapêutica (Fugulin; Gaidzinski; Kurcgant, 2005). Em sua última versão foi implementada mais três áreas, integridade cutâneo/mucosa/comprometimento tecidual, curativo e tempo utilizado para a realização do curativo (Martins; Haddad, 2000; Santos *et al.*, 2007).

As escalas são instrumentos importantes para auxiliar no planejamento do cuidado e consequentemente melhoria na qualidade da assistência. Do mesmo modo, quando se trata de cuidados paliativos, existem instrumentos que auxiliam na classificação dos pacientes com indicação a essa assistência, dentre eles destacamos o *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT), validada para língua portuguesa em 2016 (SPICT-BR), avalia os indicadores gerais de deterioração da saúde e de indicadores clínicos de doença avançada.

Esse estudo é de grande relevância através da identificação precoce dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos através do SPICT-BR e da associação com o grau de dependência, risco de queda e risco de desenvolvimento de lesão por pressão.

Quando os CP são inseridos precocemente e caminham paralelamente ao tratamento modificador da doença, evita-se intervenções terapêuticas e internações prolongadas que não trazem mais benefícios ao paciente na fase fim de vida (Martins *et al.*, 2022).

Frente à problemática apresentada questiona-se qual o perfil dos pacientes adultos internados em um hospital escola terciário quanto a sua elegibilidade aos cuidados paliativos por meio da escala SPICT-BR e da associação com o grau de dependência, as escalas de Braden, Morse e o uso da ventilação mecânica?

4.2.4 Objetivo

Identificar os pacientes elegíveis ao cuidado paliativo com as escalas SPICT-BR, associada à escala de grau de dependência da assistência de enfermagem, risco de queda (escala de Morse), risco de lesão por pressão (escala de Braden), uso de ventilação mecânica e presença de acompanhantes.

4.2.5 Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo de natureza quantitativa, relacionada à caracterização dos pacientes internados em um hospital escola de nível de atenção terciário no sul do país, para identificação precoce de pacientes com critérios de indicação aos cuidados paliativos por meio da aplicação do instrumento SPICT-BR e a associação com as escalas de MORSE, BRADEN e grau de dependência.

O hospital deste estudo é considerado de alta complexidade, no sul do Brasil, faz parte da rede cegonha e urgência e emergência, referência em trauma, cardiologia, gestação de alto risco. Conta com central de transplante de medula óssea (TMO), banco de olhos, centro de tratamento de queimados, setor de hemodiálise além de hemocentro. Exclusivamente financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com capacidade de, aproximadamente, 390 leitos de internação instalados com mais de 20.000 atendimentos por ano. Atualmente possui 58 leitos de UTI adulto, 06 leitos de UTI do centro de queimados, 10 leitos de UTI pediátricos e 10 leitos de UTI para atendimentos de neonatos. Com abrangência de 250 municípios do Paraná e mais de 100 cidades de outros estados, principalmente São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia. O local do estudo, é o maior órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina, está integrado academicamente ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), tem por objetivo desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade (Brasil, 2023; Universidade Estadual de Londrina, 2023a 2023b).

O hospital do estudo tem métodos gerenciais e administrativos consagrados, realizados diariamente pela equipe de enfermagem desde admissão do paciente no pronto socorro, em todas as unidades de internação até o dia da sua alta hospitalar ou óbito, essas informações ficam armazenadas no prontuário do paciente e no serviço de estatística do hospital.

Os critérios de inclusão foram os pacientes adultos que se encontravam internados no dia da coleta. Como critério de exclusão os pacientes da materno infantil, menores de 18 anos, os que não estivessem no leito no momento da coleta e os que os pacientes cujo dados do prontuário eletrônico estivessem incompletos.

A coleta de dados foi realizada em julho de 2023, denominado dia D e participaram além da pesquisadora, uma doutoranda, uma mestranda e um enfermeiro residente da área de cuidados intensivos no adulto.

O estudo foi dividido em duas etapas, a primeira fase observacional foi realizada em um único dia pelos enfermeiros e a segunda fase, constituída pela análise dos dados do prontuário para a classificação dos pacientes, concluída em quatro dias.

Para a realização do dia D, foi solicitado ao setor de estatística um relatório de todos os pacientes internados e impresso passagem de plantão dos setores, unidades A, B, C, D, E, UTIs 1, 2, 3, 4, 5, 6, UTQ, enfermaria do centro de queimados, transplante de medula óssea (TMO), pronto socorro que foi subdividido nos setores UPS1, UPS2, UPS3 e do hospital de retaguarda.

Na primeira etapa, os enfermeiros dirigiram-se as unidades de internação, onde foi observado a presença de acompanhantes e a necessidade de ventilação mecânica.

A aplicação do instrumento SPICT-BR foi realizada na segunda fase, através de dados do prontuário, e, coletadas as informações necessárias como sexo, idade, unidade de internação, procedência, patologia de base, o grau de dependência da assistência de enfermagem, as escalas Braden e Morse.

O SPICT-BR consiste em um guia para a avaliação de pessoas para a necessidade de cuidado paliativo, dividida em duas partes, a primeira que avalia seis indicadores gerais de piora da saúde, e a segunda avalia oito indicadores clínicos específicos de acordo com a doença de base. Sendo considerado indicador de necessidade de CP quando houver dois indicadores gerais e um indicador clínico (Corrêa, 2016; D'Alessandro *et al.*, 2023).

Logo em seguida foi levantado em prontuário a avaliação de cada paciente, realizada pelos enfermeiros do setor, os resultados das escalas Sistema de classificação de pacientes (Martins; Haddad, 2000; Santos *et al.*, 2007), Morse (Urbaneto *et al.*, 2013), Braden (Paranhos; Santos, 1999) e a presença de familiares e uso de ventilação mecânica.

Os dados foram processados no programa Microsoft® Excel 2010 pelo método de dupla digitação dos dados para verificar as inconsistências, garantindo assim, a qualidade das informações e, posteriormente compilados no *software Statistical Package for the Social Sciences®*(SPSS) versão 20.0. Para a análise

estatística, foi utilizada a análise exploratória de dados por meio da Estatística Descritiva (frequências absoluta e relativa). Para verificar a associação estatística entre as variáveis, o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2), com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% ($p < 0,005$).

O estudo foi submetido a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente e do hospital, respeitando os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as condições de anonimato dos participantes. Aprovado sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 67004522.6.0000.5231. Número do Parecer: 6.189.474.

4.2.6 Resultados

No dia da coleta de dados, a taxa de ocupação hospitalar era de 89,9%, com um total de 375 pacientes internados, 87 pacientes eram da clínica materno infantil e/ou menores de 18 anos e não faziam parte do critério de inclusão, e houve 32 perdas por não terem os dados preenchidos de forma completa no sistema do prontuário ou por não estarem no leito no momento da avaliação.

Foram incluídos 256 pacientes, desses 55,9% residiam em Londrina, 27,3% faziam parte da 17ª Regional e 16,4% de outras regiões, 124 eram do sexo feminino (48,4%) e 132 (51,6%) eram masculinos.

A média da idade foi 56 anos, sendo a idade considerada foi mínima de 18 anos e máxima de 97 anos. O tempo médio de internação foi de 13 dias, dentro de um intervalo de 1 a 141 dias. Com relação a escala SPICT, 115 pacientes (44,9%) tiveram o resultado positivo para a eleição ao cuidado paliativo.

Segue na tabela uma distribuição dos pacientes internados no hospital universitário com nível de atenção terciária e a relação com a tabela SPICT.

Tabela 1 - Correlação dos pacientes internados em unidades de um hospital universitário com relação a avaliação pela escala SPICT. Paraná, BR-2024

		SPICT			
		ELEGÍVEL		NÃO ELEGÍVEL	p-valor
					19+165
	N	%	n	%	
Unidades de internação	Psiquiatria	0	0	8	100%

	Médico cirúrgica A	19	52,8%	17	47,2%	
	Médico cirúrgica B	15	38,5%	24	61,5%	
	Moléstias infectocontagiosas	3	38,5%	6	66,7%	
	UTI 1	9	90%	1	10%	
	UTI 2	7	77,8%	2	22,2%	
	UTI 3	10	100%	0	0%	
	UTI 4	7	70%	3	30%	
	UTI 5	7	70%	3	30%	
	UTI 6	8	100%	0	0%	0,00*
	Tratamento de Queimados	2	40%	3	60%	
	UTI queimados	1	16,7%	5	86,3%	
	TMO	2	100%	0	0%	
	PS Emergência	2	33%	4	66,7%	
	PS internação	2	66,7%	1	33,3%	
	PS Observação	2	20%	8	80%	
	PS feminino	3	17,6%	14	82,4%	
	PS trauma	1	20%	4	80%	
	PS masculino	1	10%	9	90%	
	Hospital de retaguarda	14	32,6%	29	67,4%	
Presença de acompanhante	SIM	42	53,8%	36	46,2%	0,05*
	NÃO	73	41%	105	59,0%	

Os dados foram expressos em número absoluto e porcentagem. Teste qui-quadrado (* p <0,05).

Quando avaliado o local de internação, todos os setores acolhem pacientes de ambos os sexos. Identificou-se que as unidades de internação médico cirúrgica (UB), unidades de terapia intensiva (com características de pacientes com doenças agudas e crônicas), transplante de medula óssea e internação do pronto socorro com um número maior número de pacientes com SPICT positivo. Estes resultados foram estatisticamente significativos.

Do total de pacientes internados com acompanhantes (78), 42 (53,8%) tiveram o SPICT positivo, e, dos pacientes sem acompanhantes 59% eram negativos ao SPICT. Estes resultados também foram estatisticamente significativos.

Dentre as causas que levaram os 256 pacientes a procurarem atendimento, destacaram-se, 51 (19,92%) trauma incluindo queimaduras, 40 (16,62%) neurológica, 24 (9,37%) doenças cardiológicas, 36 (14,06%) gastrointestinal, 30 (11,71%) respiratória, 14 (5,46%) renal, 6 (0,23%) câncer, 3 (0,11%) vascular e 49 (%) por outras causas. Dos 115 pacientes positivos ao SPICT, o maior percentual foi relacionado às doenças neurológicas (18,3%), seguidas do respiratório (16,5%) e trauma (14,8%), porém percebeu-se uma distribuição homogênea das doenças nos dois grupos, positivo e negativo. Estes resultados não tiveram significância estatística com a relação ao SPICT.

Dos 256 pacientes foram identificados 93 (36,3%) pacientes com hipertensão, 64 (25%) pacientes com diabetes, 43 (16,8%) pacientes em uso de tabaco, 17 (6,6%) pacientes com hipotireoidismo, 35 (6,7%) com etilismo, 8 (3%) com obesidade e 20 (8%) com câncer.

Ainda com relação às comorbidades dos 115 pacientes positivos ao SPICT foi encontrado a hipertensão (43, 6%), o Diabetes (29,6%), o tabagismo (14,7%), o hipotireoidismo (11,3%) o etilismo (9,6%), obesidade (9,6%) e o câncer (8,7%), sendo que a análise estatística foi significativa para a hipertensão e o hipotireoidismo no Teste qui-quadrado de Pearson, $p < 0,05$.

Segue na tabela dois a distribuição da classificação dos pacientes quando aplicado o SPICT.

Tabela 2 – Resultado da aplicação da escala SPICT aos pacientes internados em um hospital universitário. Paraná, BR, 2024

INDICADORES GERAIS DE PIORA DE SAÚDE	Elegível n	%	Não elegível	%	TOTAL n (%)	p-valor
Internações não programadas	26	60,5%	17	39,5%	43 (16,9%)	0,026*
Capacidade funcional ruim	82	75,9%	26	24,1%	108(42,2%)	0,000*
Dependente para cuidados	96	74,4%	33	25,6%	129(50,4%)	0,000*
Perda de peso significativa	12	66,7%	6	33,3%	18 (7,1%)	0,052*
Sintomas persistentes	50	75,8%	16	24,2%	66(25,8%)	0,000*

Solicita cuidado paliativo	0	0	115	100%	115 (100%)	-----
Indicadores clínicos						
Câncer	19	54,3%	16	45,7%	35 (13,7%)	0,231
Demência /fragilidade	15	68,2%	7	31,8%	22 (8,6%)	0,022*
Doença neurológica	29	93,5%	2	6,5%	31 (12,2%)	0,000*
Doença cardiovascular	19	79,2%	5	20,8%	24 (9,4%)	0,000*
Doença respiratória	37	97,4%	1	2,6%	38 (14,8%)	0,000*
Doença renal	9	90,0%	1	10,0%	10 (3,9%)	0,007*
Doença hepática	5	62,5%	3	2,1%	8 (3,1%)	0,319
Deterioração irreversível	22	100%	0	0,0%	22 (100%)	0,000*

	Média±sd	Media±sd
Idade	62,27 ±1,65	51 ±1,51
Tempo de internação	18,31 ±2,05	10 ±1,20

Os dados foram expressos em número absoluto e porcentagem. Teste qui-quadrado (* p <0,05).

Foram analisados os indicadores gerais de piora de saúde, foram encontrados 50,4% pacientes dependentes da equipe de enfermagem ou de outras pessoas para cuidados pessoais devido à problemas físicos e/ou de saúde mental e na sequência com 42,2% capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade.

Quando analisados indicadores clínicos de uma ou mais condições avançadas, ou seja, doenças crônicas, progressivas e incuráveis, em estágio avançado. As doenças respiratórias aparecem em primeiro lugar com 14,8%, seguidas do câncer 13,7% e as neurológicas com 12,1%.

Segue na tabela 3 a associação da escala SPICT com as escalas de Classificação do grau de dependência do paciente, escala de Braden, e Morse.

Tabela 3 - Associação da escala SPICT com escalas SCP, Braden e Morse. Paraná, BR, 2024

		SPICT				
		ELEGÍVEL		NÃO ELEGÍVEL		
		N	%	N	%	p-valor
SCP	Mínimos	5	4,3%	44	31,2%	0,00*
	Intermediários	15	13,0%	33	23,4%	
	Alta dependência	12	10,4%	35	24,8%	
	Semi-intensivo	33	28,7%	14	9,9%	
	Intensivo	50	43,5%	15	10,6%	

BRADEN	Sem risco	18	15,7%	82	58,2%	0,00*
	Risco baixo	30	26,1%	36	25,5%	
	Risco moderado	20	17,4%	15	10,6%	
	Risco alto	26	22,6%	4	2,8%	
	Risco muito alto	21	18,3%	4	2,8%	
MORSE	Baixo	12	10,4%	34	24,1%	0,00*
	Moderado	68	59,1%	85	60,3%	
	Elevado	35	30,4%	22	15,6%	

Os dados foram expressos em número absoluto e porcentagem. Teste qui-quadrado (* p < 0,05).

Os pacientes com SPICT positivos apresentaram grau de dependência semi-intensivo e intensivo em 28,7% e 43,5% respectivamente. Em relação a BRADEN, os pacientes com SPICT positivos apresentaram risco baixo 26,1%, alto em 22,6%% e risco muito alto 18,3%. Na escala de MORSE os pacientes com SPICT positivo 5/9,1% apresentaram risco moderado e risco 30,4% risco elevado.

Tabela 4 - Associação da escala SPICT com a utilização de ventilação mecânica durante a internação dos pacientes em um hospital universitário. Paraná, BR, 2024

Variáveis	Qui-quadrado de Wald	Coefficiente B	IC 95%	p-valor
SPICT	88,302	1,663	0,483 – 0,615	0,00*
Ventilação mecânica	8,696	0,649	0,719-0,145	0,00*

Variável Dependente: SPICT - Modelo: (Intercepto) Ventilação mecânica; * regressão Poisson p < 0,05

O paciente com SPICT positivo possui 1,66 mais chances de ter utilizado ventilação mecânica em algum período da internação, sendo esta responsável por aumentar em aproximadamente 36% o risco da avaliação do SPICT ser positivo.

4.2. 7 Discussão

Os serviços de saúde no Brasil, são agrupados de acordo com o grau de complexidade, divididos em 3 níveis de atenção à saúde, atenção primária, secundária e terciária.

Os hospitais terciários oferecem serviços especializados, referências em atendimentos de alta complexidade, com equipes qualificada e tecnologia de ponta. Recebem pacientes encaminhados dos níveis anteriores, que não possuem recursos necessários para atendimento de paciente graves que necessitam de tratamentos específicos. Podem ser responsáveis pelo ensino e pesquisa, sendo fundamentais para o sistema de saúde.

Dos 256 pacientes do estudo, analisados através da escala SPICT-BR, 44,9% foram eleitos aos cuidados paliativos. Segundo o MS os cuidados paliativos devem ser ofertados em toda rede de saúde e nos hospitais terciários desempenham papel crucial, pois são onde se concentram casos mais graves e complexos. Essa abordagem visa aliviar os sintomas e fornecer suporte as famílias (BRASIL, 2018).

Os cuidados paliativos podem fazer uma grande diferença na vida dos pacientes e familiares. É essencial que hospitais terciários disponibilizem esse serviço e invistam em equipes capacitadas.

Os pacientes eleitos ao cuidado paliativo apresentaram como principais comorbidades relatadas na admissão, a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e as doenças neurológicas. Em relação ao motivo que levou o paciente a internação atual, o mais relatado foi referente a problemas neurológicos, seguidos de respiratórios e gastrointestinal.

Quando aplicamos a escala SPICT com relação ao item indicadores de piora de saúde, os itens capacidade funcional ruim e dependência para o cuidado e persistência dos sintomas foram predominantes. Em relação aos indicadores de piora de um ou mais doença, as doenças respiratórias, neurológicas e cardiovascular foram predominantes, coincidindo com a patologia que levou a internação. O diagnóstico câncer foi um dos percentuais menores encontrados como elegível talvez pelo motivo do hospital em questão não ser referência em atendimentos a pacientes com esse diagnóstico e na cidade ter um hospital terciário destinado a este fim.

Portanto um fato interessante é que os pacientes com indicação de CP, estavam distribuídos pelo hospital em várias unidades de internação, UTI, Transplante de Medula Óssea, hospital de retaguarda ao COVID, pronto socorro e unidades de internação médico cirúrgica. A principal diferença entre as unidades de internação A e B é que a unidade B também acolhe os pacientes em condições de cuidados prolongados (UCP), com 10 leitos destinados a pacientes em cuidados paliativos.

Contudo, muitos profissionais ainda têm muitas dificuldades em compreender que cuidados paliativos não se trata de adiar ou adiantar a morte e sim do reconhecimento desse processo como natural e, portanto, deve pautar-se na dignidade e conforto (Mendes; Pereira; Barros; 2021).

As UTI's tiveram um percentual significativo, sendo que na UTI 3 e UTI 6 100% dos clientes internados tinham SPICT positivo, a UTI 3 atende pacientes crônico com longa internação e UTI 6 tem o perfil misto com pacientes agudos, cirúrgicos e crônicos. Na sequência aparece a UTI1 que atende pacientes agudos e cirúrgicos com 90% dos pacientes com indicação de CP.

O estigma em relação aos pacientes em cuidados paliativos em fim de vida é preocupante, demonstrando uma visão limitada dos profissionais e desconhecimento de que os CP são indicados em quaisquer doenças graves, independente do estágio e deve ser fornecido em conjunto com a terapia curativa, além da importância do controle de sintomas antes mesmo de entrar na fase terminal, para que posso proporcionar ao paciente a finitude com dignidade e apoio familiar (Ayala; Santana; Landmann, 2021).

Com relação as comorbidades encontradas a hipertensão e o hipotireoidismo foram predominantes. No Brasil, 54,7% dos óbitos registrados em 2019, foram causados por DCNT. Apesar da rede de atenção primária ter vários programas que atendem a população na prevenção e qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas em especial a hipertensão, ainda, quando há complicação são encaminhados aos serviços com o nível de atenção terciário (Cavalcante, 2023). O estudo de Lima *et al.* (2023) apontou as DCNT como principal causa de hospitalização entre população idosa, além de confirmar que esses pacientes enfrentam internações e reinternações prolongadas. Porém pouco se encontra de programas voltados ao hipotireoidismo.

O Atlas mundial de doenças crônicas aponta para as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e diabetes, que geram maior comprometimento funcional e dependência (Wordwide Palliative Care Alliance, 2021).

A avaliação diária dos pacientes é essencial para oferecer uma assistência de qualidade e individualizadas as necessidades de cada paciente de

forma mais eficaz. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) instituiu as horas de enfermagem trabalhadas conforme as características dos pacientes e, transfere a governabilidade de dimensionamento de pessoal conforme a característica dos serviços ofertados (Conselho Federal de Enfermagem, 2024). Tal cálculo é realizado através do SCP, que devem ser adotadas pelas instituições de saúde de forma sistematizada (Graeff, 2022).

Houve uma análise estatisticamente significativa quando associada as escalas de grau de dependência, o risco de desenvolver lesões e risco de queda, através das escalas SCP, BRADEN e MORSE para os pacientes elegíveis ao cuidado paliativo. As escalas SCP (Martins; Haddad, 2000; Santos *et al.*, 2007), BRADEN (Paranhos; Santos, 1999) e MORSE (Urbaneto *et al.*, 2013) são ferramentas importante na assistência de enfermagem, cada uma com foco específico na avaliação de pacientes.

As escalas de BRADEN, MORSE e SCP, são ferramentas valiosas utilizadas na prática clínica para avaliar diferentes aspectos de saúde dos pacientes. Estudos recentes relatam a importância do uso dessas escalas e da contribuição para o planejamento da assistência de enfermagem, visto que permite maior conhecimento do perfil dos pacientes e com isso o dimensionamento adequado, organização do cuidado e proteção da saúde do trabalhador, além de serem de fácil acesso e aplicabilidade (Caetano *et al.*, 2023; Fernandes *et al.*, 2022).

Os pacientes com SPICT elegível tiveram a dependência da assistência de enfermagem em sua maioria necessidade de cuidados de enfermagem intensivos e semi-intensivos. Em relação a escala de Braden somente 26,1% apresentaram baixo risco de desenvolver a úlcera de pressão, sendo que o risco moderado, alto e muito alto foram predominantes. Quanto a escala de Morse, foi identificado o risco de queda moderado e elevado como principais.

O Conselho Federal de Enfermagem (2024), estabelece a carga horária por grau de dependência da assistência de enfermagem, sendo 4 horas para cuidados mínimos, 6 horas para cuidados intermediários, 10 horas para cuidados de alta dependência e semi-intensivos e 18 horas para paciente classificado com o grau de dependência intensivo.

O Sistema de classificação de pacientes classifica o paciente de acordo com a complexidade dos cuidados de enfermagem necessários para a assistência, como ferramenta gerencial facilita a organização de recursos humanos,

reduzir a sobrecarga de trabalho e contribui para uma assistência de qualidade (Fernandes *et al.*, 2022; Martins; Haddad, 2000; Santos *et al.*, 2007).

No presente estudo, entre os pacientes elegíveis aos CP, segundo o sistema de classificação de pacientes com relação a assistência de enfermagem, a maioria necessitava de cuidados intensivo com 43,5% e semi-intensivo 28,7%, porém muitos estavam alocados em leitos de unidades de internação, fato que convida os gestores a pensarem na distribuição dos trabalhadores para uma assistência de qualidade.

Apesar dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos, não estarem internados somente nas UTI's, muitos tem correlação com o uso da ventilação mecânica, em 1,663 no teste de regressão de Poisson, referente a aproximadamente 36%. Este fato, demanda de cuidados especializados e qualificados para o paciente que dentro do sistema de classificação dos pacientes o coloca em condição de cuidados intensivos ou semi-intensivos (Silva *et al.*, 2023).

Outro fato é que entre os pacientes elegíveis ao cuidado havia a presença de acompanhantes em 36,5% dos elegíveis e o restante dos elegíveis não possuíam acompanhantes. Este fato pode estar relacionado a presença do paciente em UTI que por regra neste hospital não possui esta condição. Porém ressalta-se que é importante manter a família perto do paciente no momento da internação, e, quando a família é bem instruída pela equipe pode tornar-se ativa e colaboradora do cuidado (Aniceto; Loureiro, 2020)

Na população avaliada, 22,6% risco alto e 18,3% risco muito alto para desenvolvimento de lesão por pressão. A Escala de Braden é uma ferramenta crucial na prevenção de úlceras por pressão, e, avalia o risco de o paciente desenvolver lesões devido à pressão prolongada. De acordo com relatório da vigilância sanitária as lesões por pressão estavam em terceiro lugar como os incidentes notificados em 2018, com mais de 23.000 notificações e em 2021 foi o incidente notificado com maior frequência, em torno de 50.000 notificações (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021).

Em relação ao risco de quedas, maioria apresentou risco moderado e alto para quedas. A escala de MORSE é uma importante ferramenta na segurança do paciente, e, ajuda a intervir precocemente e reduzir danos causados por quedas (Dornelles *et al.*, 2021).

Em conjunto, essas escalas desempenham papéis fundamentais na assistência de enfermagem, considerando as necessidades clínicas, de segurança e mobilidade, permitindo avaliar, planejar e fornecer cuidados individualizados (Cargnin *et al.*, 2023).

Há um estigma sobre os cuidados paliativos e a relação com a morte. Porém, sabe-se que o paciente em cuidado paliativo precisa e merece receber um cuidado multiprofissional e interdisciplinar de excelência. Neste quesito do trabalho em equipe, a enfermagem tem sua essência respalda no cuidado ao ser humano independente da fase de vida e elabora estratégias sensíveis ao cuidado por meio de escalas de avaliação para atingir a excelência.

4.2.8 Conclusão

Neste estudo foram encontrados 115 (44,9%) pacientes internados, com indicação de CP, quando analisados através da escala SPICT-BR. A maioria com grau de dependência da assistência de enfermagem em grau semi-intensivo e intensivo, esses pacientes encontravam-se em vários setores do hospital. No que se refere a BRADEN, somente 26,1% dos pacientes apresentavam risco baixo para desenvolvimento de lesão por pressão e, em relação a escala de MORSE, 59,1% apresentaram risco moderado de queda. Houve associação do cuidado paliativo junto a ventilação mecânica e a presença de acompanhantes.

Diante dos resultados obtidos, identificou-se a correlação do perfil dos pacientes elegíveis ao cuidado paliativo e a demanda da assistência de enfermagem em grau intensivo e semi-intensivo. Conclui-se que para uma assistência de qualidade aos pacientes em cuidado paliativo, há de se pensar em dimensionamento de pessoal a partir da relação do grau de dependência do paciente, o risco de queda e a formação de lesão por pressão.

5.2.9 Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Boletim segurança do paciente**. Brasília: ANVISA, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 04 fev. 2024.

AMORIM, G. K. D.; SILVA, G. S. N. Nutricionistas e cuidados paliativos no fim de vida: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, p. 547-557, 2021.

ANICETO, S. C.; LOUREIRO, L. H. Internação hospitalar: o acompanhante como foco da pesquisa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista,

v. 9, n. 8, p. e201985618, 2020.

AYALA, A. L. M.; SANTANA, C. H.; LANDMANN, S. G. Cuidados paliativos: conhecimento da equipe de enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 42, n. 2, p. 155-166, 2021.

BARROS, L. M.; GARBI, G. P.; PINTO, J. E. M. G. APP mHealth para as escalas assistenciais de enfermagem (Braden, Morse e Fugullin). **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 1509-1527, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. 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). Diário Oficial da União. Brasília, nº 225, Seção 1, p. 276, 23 nov. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3CyGPot>. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529/2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 10 jan. 2024.

CAETANO, G. M. *et al.* Risco de quedas e seus fatores associados na pessoa idosa hospitalizada. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e230155, 2023.

CARGNIN, M. S. *et al.* Aplicação das Escalas de Morse e Braden por estudante de enfermagem na vivência prática: contribuições à formação acadêmica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Ouro Fino, v. 23, n. 11, p. e14303, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer normativo 01/2024**. Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da enfermagem pelo enfermeiro. Brasília: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-1-2024-cofen/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CORRÊA S. SPICT-BRTM: Uma ferramenta para auxílio na identificação de pacientes que podem precisar de cuidados paliativos. **SPICCTM Supportive and Palliative Care Indicators Tool** [Internet]. Edinburgh: University of Edinburgh; 2016 [cited 2023 Feb 25]. Available from: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>

D'ALESSANDRO, M. P. S. *et al.* (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

DORNELLES, C. *et al.* Avaliação e características das quedas de pacientes durante a internação hospitalar. **Enfermería (Montevideo)**, v. 10, n. 2, p. 160-174, 2021.

FERNANDES, L. S. *et al.* Classificação da complexidade da assistência de enfermagem em unidade de internação clínica. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 39, p. e-021292, 2022.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1. p. 72-78, 2005.

GRAEFF, M. S, *et al.* Adaptação transcultural e validação de instrumento para medir a dependência de cuidados de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, p. e20210135, 2022.

LEAL, M. A.; FREITAS-VILELA, A. A. Custos das infecções relacionadas à assistência em saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 1, p. e20200275, 2021.

LIMA, E. J. A. *et al.* Relação entre doenças crônicas não transmissíveis e o tempo de internação de idosos em unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, v. 5, n. 4, p. 2620-2636, 2023.

MARTINS, E. A. P.; HADDAD, M. C. L. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 74- 82, 2000.

MARTINS, M. R. *et al.* Assistência a pacientes elegíveis para cuidados paliativos: visão de profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. e20210429, 2022.

MENDES, P.B.; PEREIRA, A. DE A.; BARROS, I. C. Bioética e cuidados paliativos na graduação médica: proposta curricular. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 534-542,jul. 2021.

OLIVEIRA, E. M. *et al.* Nursing Activities Score e custo da assistência de enfermagem requerida e disponível. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 137-142, 2019. Suplemento 1.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. Avaliação de risco para úlceras por pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 33, 191-206, 1999. Número Especial.

PERÃO, O. F. *et al.* Representações sociais de conforto para familiares de pacientes em cuidados paliativos na terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, p. e2019043, 2021.

SANTOS, F. *et al.* Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin *et al.* **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, 2007.

SILVA, J. I. M. *et al.* Análise da sistematização da assistência de enfermagem a pessoas com ventilação mecânica invasiva. **Enfermagem Brasil**, Petrolina, v. 22, n. 6, p. 868-888, 2023.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário de Londrina. **Divisão de Arquivo Médico e Estatística (DAME HU)**. Londrina: UEL, 2023a.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário de Londrina. **Missão**. Londrina: UEL, 2023b. Disponível em: <https://www.uel.br/hu/portal>. Acesso em: 19 mar. 2024.

URBANETO, J. S. *et al.* Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 569-575, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative care**. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3AwsSpn>. Acesso em: 09 fev. 2024.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care at the end of life**. 2nd ed. WHPCA: London, 2021. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso em: 09 fev. 2024.

5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo identificou-se que as UTI's possuem equipamentos, tecnologia e equipe qualificada em atendimento a pacientes graves, porem apresentavam dificuldades em associar o cuidado curativo com o cuidado paliativo, devido formação acadêmica e estigma presente entre os profissionais do hospital. Além da dificuldade em oferecer conforto aos familiares que permaneciam em visita estendida, visto que a estrutura física da UTI não foi projetada para tal.

A inclusão dos pacientes na equipe de CP foi gradativa, foram realizadas reuniões e conferências familiares para esclarecimento do quadro de saúde e necessidade de tomada de decisão ética e compartilhada com familiares, tendo como foco a humanização e conforto dos pacientes.

Dos 11 pacientes acompanhados pela equipe de CP, três permaneceram na UTI, em limitação de suporte, por não aceitação da família e por não existir uma unidade de internação com equipe capacitada que pudesse dar suporte a essas famílias, tal fato gerou um custo elevado a instituição, além de não conseguir liberar esses leitos a pacientes que realmente necessitam de suporte intensivo.

O grau de satisfação dos familiares em relação a equipe de CP, foi confirmado pela pesquisa de satisfação realizada pela assistente social, em que 82% dos familiares indicariam a equipe de CP a algum amigo ou parente internado no hospital.

Para a avaliação do perfil do paciente internado, foram avaliados, através do instrumento SPICT- BR todos os pacientes adultos internados, foram incluídos na pesquisa 256 pacientes. Destes, 44,9% eram elegíveis aos CP mais de 50% residiam em Londrina, 51,6% eram do sexo masculino, com idade média de 56 anos e o tempo medio de internação foi de 13 dias.

Quando avaliados em relação as escalas, SCP, Morse e Braden, esses pacientes apresentaram alto grau de dependência para cuidados de enfermagem, moderado e elevado risco de queda e risco moderado, alto e muito alto de desenvolver LPP.

Dos pacientes com indicação aos CP, as principais comorbidades na admissão foram hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças neurológicas.

Um número expressivo desses pacientes encontravam-se nas UTIs, porém muitos estavam internados em unidades do hospital, e apresentaram correlação com o uso de ventilação mecânica em 1,663 no teste de poisson e 36,5% possuíam acompanhantes.

Portanto o projeto piloto realizado na UTI3, foi de grande relevância para a criação da unidade de cuidados prolongados com ênfase em cuidados paliativos, auxiliando e direcionando os passos da equipe, além de redução de custos institucionais e liberação de leitos de UTI.

A identificação do perfil do paciente internado com indicação de cuidados paliativos, mostrou que houve uma associação entre as escalas Braden, Morse e sistema de classificação de pacientes, uso de ventilação mecânica e presença de acompanhantes Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da enfermagem pelo enfermeiro.

REFERÊNCIAS

AMORIM, G. K. D.; SILVA, G. S. N. Nutricionistas e cuidados paliativos no fim de vida: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, 2021, v. 29, n. 3, p. 547-557.

BRASIL. 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). Diário Oficial da União. Brasília, nº 225, Seção 1, p. 276, 23 nov. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3CyGPot>. Acesso em: 26 jan. 2024.

CHAVES, J. H. B. *et al.* Cuidados paliativos: conhecimento de pacientes oncológicos e seus cuidadores. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 519-529.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer normativo 01/2024**. Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da enfermagem pelo enfermeiro. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-1-2024-cofen/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CORRÊA S. SPICT-BRTM: Uma ferramenta para auxílio na identificação de pacientes que podem precisar de cuidados paliativos. **SPICCTM Supportive and Palliative Care Indicators Tool** [Internet]. Edinburgh: University of Edinburgh; 2016 [cited 2023 Feb 25]. Available from: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>

D'ALESSANDRO, M. P. S. *et al.* (ed.). **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

DONATO, S. C. T. *et al.* Validity and reliability of the Brazilian version of the Patient Dignity Inventory (PDI – Br) São Paulo, SP, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, p. e3371, 2021.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 72-78, 2005.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.

LEAL, M. A.; FREITAS-VILELA, A. A. Custos das infecções relacionadas à assistência em saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 1, p. e20200275, 2021.

MARTINS, E. A. P.; HADDAD, M. C. L. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 74- 82, 2000.

MENDES, P. B.; PEREIRA, A. A.; BARROS, I. C. Bioética e cuidados paliativos na graduação médica: proposta curricular. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n.3, p. 534-

542, 2021.

NATIVIDADE, T. S .S. *et al.* Extubação paliativa: reflexões bioéticas sobre cuidados em fim de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 558-566. 2021.

OLIVEIRA, E. M. *et al.* Nursing Activities Score e custo da assistência de enfermagem requerida e disponível. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 137-142, 2019. Suplemento 1.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. Avaliação de risco para úlceras por pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 33, 191-206, 1999. Número Especial.

PERÃO, O. F. *et al.* Representações sociais de conforto para familiares de pacientes em cuidados paliativos na terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, p. e2019043, 2021.

SANTOS, F. *et al.* Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, 2007.

SOUSA, E. O. *et al.* A importância da implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, v. 5, n. 5, p. 4070-4078, 2023.

TRITANY, E. F.; SOUZA FILHO, B. A. B.; MENDONÇA, P. E. X. Fortalecer os cuidados paliativos durante a pandemia de Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** (Botucatu), v. 25, p.,e200397, 2021. Suplemento 1.

URBANETO, J. S. *et al.* Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 569-575, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative care**. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3AwsSpn>. Acesso em: 09 fev. 2024.

APÊNDICE A

Formulário Dia D

Universidade Estadual de Londrina

Hospital Universitário de Londrina

Cuidados Paliativos

Instrumento para avaliação da necessidade de cuidado paliativo pelo instrumento SPICT e grau de dependência de cuidados.

Dia D: _____

Unidade avaliada: _____ Horário: _____

Leito	Idade	Sexo	Proc.	Pat.	SPICT	SCP	Morse	Braden	VM	Acomp.

Legenda: inserir o Leito do paciente avaliado, a idade, sexo, procedência, patologia de base, resultado do SPICT, o grau de dependência da assistência de enfermagem (1, 2, 3, 4), o uso da ventilação mecânica (Sim -1 , Não- 2), Acompanhante (Sim – 1, não -2), risco de queda (escala de Morse) e risco de lesão por pressão (escala de Braden).

APÊNDICE B

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu, Ruth Akemi Sakaue, brasileira, separada, enfermeira, inscrito (a) no CPF/ MF sob o nº _____ abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “Implantação da Unidade de Cuidado Paliativos a partir da caracterização da Assistência em um Hospital Escola Público”, aos pacientes internados nas dependências do “Hospital Universitário de Londrina”.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a:

1. Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;
4. não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas. Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à Avaliação de seus dados, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com o desenvolvimento da pesquisa.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à dados pessoais, informação relativa à operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão advir.

Londrina, ____ / ____ / ____.

Ass. _____

Enf. Ruth Akemi Sakaue

CPF

ANEXO A

SPICT-BR

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)

O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.		
Procure por indicadores gerais de piora da saúde.		
▪ Internações hospitalares não programadas. ▪ Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia). ▪ Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador. ▪ Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ou um baixo índice de massa corporal. ▪ Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base. ▪ A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.		
Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.		
Câncer Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer. Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.	Doença cardiovascular Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com: • falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços. Doença vascular periférica grave e inoperável.	Doença renal Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30 ml/mi) com piora clínica. Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos. Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.
Demência/fragilidade Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda. Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição. Incontinência urinária e fecal. Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social. Fratura de fêmur, múltiplas quedas. Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.	Doença respiratória Doença respiratória crônica grave com: • falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo. Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada. Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.	Doença hepática Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano: • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas Transplante hepático é contraindicado.
Doença neurológica Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada. Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição. Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.		
Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.		
• Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado. • Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar. • Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família. • Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva. • Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.		

ANEXO B

ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN				
Avaliação Sem Risco: 19 a 23 pontos; Médio Risco: 15 a 18 pontos; Risco Moderado: 13 a 14 pontos; Alto Risco: 10 a 12 pontos; Altíssimo Risco: Q6 a 9 pontos.				
DESCRIÇÃO	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitada	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitada	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em Potencial	Nenhum problema	

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

ANEXO C

ESCALA DE MORSE

<i>Morse Fall Scale - Versão original¹³</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
<i>None/Bed read/Nurse assist</i>	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
<i>Crutches/Cane/Walker</i>	Muletas/Bengala/Andador	15
<i>Furniture</i>	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
<i>Normal/Bed rest/Wheelchair</i>	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
<i>Weak</i>	Fraca	10
<i>Impaired</i>	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
<i>Oriented to own ability</i>	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
<i>Overestimates/forgets limitations</i>	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Classificação de risco para quedas de acordo com a Escala de Morse	
Baixo	0 a 24 pontos
Moderado	25 a 44 pontos
Elevado	≥ 45 pontos

Janice Morse, 1989. Traduzida e adaptada por Urbanetto et.al., 2013

ANEXO D

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES (SCP)

Área de cuidado	Graduação da complexidade assistencial			
	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal. Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais. Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Auxílio no banho de chuveiro e/ou higiene oral.	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	E.V contínuo ou através de sonda nasogástrica.	E.V intermitente.	IM, ou V.O.
Integridade cutâneo-mucosa/ comprometimento tecidual*	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte, como tendões e cápsulas. Eviscerações.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo. Incisão cirúrgica.Ostomias. Drenos.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
Curativo*	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo utilizado na realização de curativos*	Superior a 30 minutos.	Entre 15 e 30 minutos.	Entre 5 e 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Categoria de cuidado	Pontuação
Cuidado intensivo	Acima de 34
Cuidado semi-intensivo	29-34
Cuidado alta dependência	23-28
Cuidado intermediário	18-22
Cuidado mínimo	12-17

Fonte: SANTOS *et al.*, 2007

ANEXO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implantação da unidade de cuidados paliativos a partir da caracterização da assistência em um hospital escola público

Pesquisador: RUTH AKEMI SAKAUE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67004522.6.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.964.576

Apresentação do Projeto:

O projeto preenchido na Plataforma Brasil (arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2024183.pdf", versão 2, de 19/03/2023), apresenta as seguintes informações:

RESUMO: Anualmente, cerca de 20 milhões de pessoas no mundo necessitam de cuidados paliativos no seu último ano de vida, porém apenas 14% realmente recebem assistência adequada. No Brasil, cuidados paliativos (CP) ainda é restrito, verifica-se a necessidade de ampliar o olhar para as possibilidades dessa vertente do cuidado pouco explorada pelas equipes de saúde. As novas tecnologias que contribuem para o diagnóstico e tratamento precoce de doenças estão sendo muito utilizadas em UTIs, interferindo artificialmente na fase final da vida, muitas vezes tratando a doença e não a pessoa, causando dor e prolongando sofrimento ao paciente, a família e a equipe. Ressalta-se a necessidade de avaliação no momento da admissão em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para estabelecer limites terapêuticos. Objetivo geral Relatar a implantação da unidade de cuidados paliativos a partir da identificação dos pacientes elegíveis ao cuidado paliativo com as escalas Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT), associada à escala de grau de dependência da assistência de enfermagem, escala de Morse e escala de Braden. Os resultados gerarão dois artigos científicos sendo o primeiro com o título "Descrição das etapas de implantação da unidade de cuidado paliativos em um hospital escola público" com o emprego da metodologia qualitativa narrativa dos dados com base no referencial teórico da fenomenologia

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 5.964.576

social. E, o segundo artigo "cuidados paliativos: associação com os grau de dependência do cuidado de enfermagem, escalas de Morse e Braden" sob a metodologia quantitativa e referencial epidemiológico. Espera-se contribuir com a construção da unidade de cuidados paliativos e a sua relação com a assistência de enfermagem, trazendo subsídios aos gestores ao criarem unidades de cuidados paliativos. Palavras chaves: cuidados paliativos, SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool), pacientes internados

METODOLOGIA PROPOSTA: Trata-se de uma pesquisa que gerará dois artigos. O primeiro artigo trata-se de um estudo documental com metodologia narrativa que descreverá as etapas de implantação de uma unidade de cuidados paliativos, e o segundo de natureza quantitativa, transversal, prospectiva que caracterizará todos os pacientes internados em um hospital escola em um dia com a escala de Morse, Braden e grau de dependência da assistência de enfermagem. Local do estudo: O hospital deste estudo é considerado de alta complexidade, no sul do Brasil, exclusivamente financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com capacidade de, aproximadamente, 448 leitos de internação e 10 mil internações, anualmente, com abrangência de 250 municípios do Paraná e mais de 100 cidades de outros estados, principalmente São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia. O local do estudo, é o maior órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina, está integrado academicamente ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), tem por objetivo desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade. População: Será constituída pela análise dos documentos institucionais e pela classificação dos pacientes adultos internados em um hospital escola de nível de atenção terciário no sul do país. O hospital do estudo tem métodos gerenciais e administrativos consagrados realizados diariamente pela equipe de enfermagem desde a admissão do paciente no pronto socorro ou no ambulatório, em todas as unidades de internação até o dia da sua alta hospitalar ou óbito. Estas informações ficam armazenadas no prontuário do paciente e no serviço de estatística do hospital. Coleta de dados: A primeira parte da pesquisa relacionada a implantação do setor de cuidados paliativos será baseada em relatórios, documentos institucionais (administrativos e gerenciais) e na descrição das ações da equipe multiprofissional para organizar a unidade de cuidados paliativos caracterizado pelos cuidados prolongados. A segunda fase da pesquisa está relacionada à caracterização dos pacientes internados no referido hospital do estudo, para identificação dos pacientes elegíveis aos cuidados paliativos por meio da aplicação do Instrumento SPICT-BR. Para este procedimento, duas enfermeiras com atuação e conhecimento em cuidados paliativos, e com proximidade com a escala Supportive and Palliative Care Indicators Tool – SPICT-

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



CONITE de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.964.576

BR, classificarão todos pacientes internados nas unidades de internação adulto, das unidades masculina, feminina, fisiologia, moléstias infecciosas, maternidade, pronto socorro, centro de tratamento de queimados, unidade de transplante de medula óssea, UTI 1, UTI 2, UTI 3, UTI 4, UTI 5, UTI 6, UTQ. Este dia será considerado dia "Dia D" – diagnóstico para o cuidado paliativo. Para a aplicação do instrumento SPICT-BR (Anexo A), será realizado a observação em dados de prontuário, e, coletadas as informações necessárias como sexo, idade, unidade de internação, necessidade ou não do uso de ventiladores mecânicos, o grau de dependência da assistência de enfermagem (Anexo B), a escala de risco de desenvolvimento de Lesão por Pressão (Braden) (Anexo C) e a escala de avaliação do risco de quedas (MORSE) (Anexo D) e, verificado pela observação a presença de acompanhante. Todo o processo será verificado em um único momento. Para facilitar a coleta dos dados foi construída uma tabela que se encontra no apêndice A.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO: Primeira fase: Relacionada a implantação do setor de cuidados paliativos. Critério de inclusão: Relatórios, documentos institucionais (administrativos e gerenciais) relacionados a descrição das ações da equipe multiprofissional para organizar a unidade de cuidados paliativos. Segunda fase: Caracterização dos pacientes internados em um hospital escola. Critérios de inclusão: Todos pacientes adultos internados no hospital em estudo.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: Primeira fase: Relacionada a implantação do setor de cuidados paliativos. Critério de exclusão: Relatórios, documentos institucionais (administrativos e gerenciais) relacionados a descrição das ações da equipe multiprofissional para organizar a unidade de cuidados paliativos incompletos. Segunda fase: Caracterização dos pacientes internados em um hospital escola. Critério de exclusão: leitos que no momento do levantamento dos dados estiverem desocupados.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto preenchido na Plataforma Brasil (arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2024183.pdf", versão 2, de 19/03/2023), apresenta os seguintes objetivos:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Relatar a implantação da unidade de cuidados paliativos a partir da identificação dos pacientes elegíveis ao cuidado paliativo com as escalas SPICT, associada à escala de grau de dependência da assistência de enfermagem, escala de Morse e escala de Braden.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



COMITÊ DE ÉTICA EM
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 5.964.576

OBJETIVO SECUNDÁRIO: Relatar as etapas de implantação da equipe e do setor de cuidados paliativos. Identificar o perfil dos pacientes internados em um hospital escola público por meio do instrumento Spict. Associar a escala Spict com o grau de dependência da assistência de enfermagem. Associar a escala Spict com o risco de queda (escala de Morse), com a escala de risco de úlcera de pressão (Braden) e o uso da ventilação mecânica desses pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto preenchido na Plataforma Brasil (arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2024183.pdf", versão 2, de 19/03/2023), apresenta os seguintes riscos e benefícios:

RISCOS: A pesquisa oferece risco mínimo. Trata-se de uma análise de prontuário, com levantamento de dados referentes a idade, sexo do paciente, informações do instrumento SPICT-BR, da classificação do paciente, da escala Morse e da escala Braden, associada a observação do estado do paciente (uso de ventilador mecânico, presença de acompanhante) sem nenhuma intervenção, trata-se de uma caracterização.

BENEFÍCIOS: Através da identificação do perfil dos pacientes internados com necessidade de cuidados paliativos, será possível um atendimento humanizado e digno, centrado na pessoa e no controle de sintomas. Esta pesquisa torna-se importante subsídio para a estruturação de uma unidade de cuidados paliativos a partir da necessidade dos cuidados de enfermagem para os pacientes que são elegíveis para cuidados paliativos em um hospital universitário público no sul do país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este parecer compreende, ressalta a importância da pesquisa e considera não haver pendências ético-documentais à realização da pesquisa.

----- OBSERVAÇÃO 01. A partir dos esclarecimentos prestados, este Comitê entende que a presente pesquisa será realizada exclusivamente utilizando dados secundários, tanto em relação aos aspectos administrativos da unidade de saúde (1ª fase) como em relação à avaliação dos pacientes que necessitam de cuidados paliativos (2ª fase), aprovando o presente projeto para que seja realizado nesta modalidade.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 5.964.576

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pela coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (arquivo "folha_de_rosto.pdf", de 18/03/2023);
2. Solicita dispensa de TCLE por se tratar de pesquisa envolvendo dados secundários e apresenta Termo de Confidencialidade e Sigilo (arquivo "termo_confiabilidade_e_sigilo.pdf", de 19/03/2023);
3. Apresenta parecer favorável da superintendência do HU/Uel para a realização da pesquisa (arquivo "PARECER.pdf", de 11/01/2023);
4. Apresenta no projeto preenchido na Plataforma Brasil (arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2024183.pdf", versão 2, de 19/03/2023) Cronograma de execução detalhado com previsão de início da coleta de dados prevista para 01/05/2023;
5. Apresenta no projeto preenchido na Plataforma Brasil (arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2024183.pdf", versão 2, de 19/03/2023) Orçamento financeiro detalhado, com previsão de financiamento próprio, no valor total de R\$ 2250,00 (dois mil duzentos e cinquenta reais).

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não havendo pendências ético-documentais à realização da pesquisa, este parecer considera a pesquisa APROVADA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresentá-lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

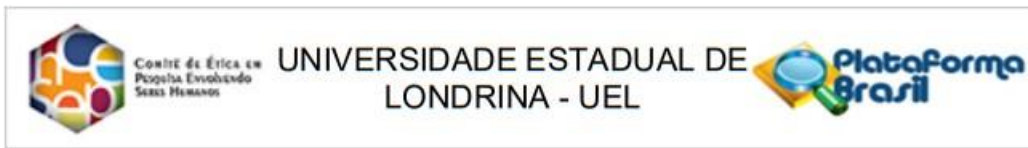
UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 5.964.576

Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indelivável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2024183.pdf	19/03/2023 00:33:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_confabilidade_e_sigilo.pdf	19/03/2023 00:01:40	RUTH AKEMI SAKAUE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.png	18/03/2023 23:50:45	RUTH AKEMI SAKAUE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Nota_de_Esclarecimento.png	18/03/2023 23:48:54	RUTH AKEMI SAKAUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA_PROJETO_CORRIGIDO_VERSAO2.pdf	18/03/2023 23:46:42	RUTH AKEMI SAKAUE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	18/03/2023 23:41:01	RUTH AKEMI SAKAUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto.pdf	11/01/2023 18:33:21	RUTH AKEMI SAKAUE	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 5.964.576

Investigador	projeto.pdf	11/01/2023 18:33:21	RUTH AKEMI SAKAUE	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	PARECER.pdf	11/01/2023 18:31:36	RUTH AKEMI SAKAUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_projeto.pdf	07/11/2022 21:54:08	RUTH AKEMI SAKAUE	Aceito
Orçamento	Orcamento_CONEP.docx	03/11/2022 18:18:45	RUTH AKEMI SAKAUE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 27 de Março de 2023

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br