

Manejo da dor e sua relação com cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva

RESUMO

Objetivos: caracterizar os pacientes segundo a abordagem dos cuidados paliativos em UTI; comparar os grupos classificados de acordo com a escala de prognóstico paliativo e as variáveis referentes a internação e dor, identificar os analgésicos e a quantidade realizada para o alívio da dor, conforme escala de prognóstico paliativo. **Método:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo desenvolvido em UTI. Aplicado questionário para caracterização clínica e um questionário específico para a identificação dos grupos de acordo com o prognóstico paliativo, PaP score. **Resultados:** 70,6% dos pacientes encontravam-se no grupo A seguidos por 16,3% do grupo C, com correlação estatística significativa da dor com o desfecho e o prognóstico paliativo e forte correlação do prognóstico paliativo com dias de internação e desfecho. **Conclusão:** A utilização da escala de prognóstico paliativo possibilitou a identificação dos pacientes em grupos de acordo com suas características e do desfecho mais provável para cada grupo.

DESCRITORES: Cuidado Paliativo; Manejo da Dor; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objectives: to characterize patients according to the approach of palliative care in ICU; to compare the groups classified according to the palliative prognosis scale and the variables related to hospitalization and pain, to identify the analgesics and how much was used for relieving pain according to the palliative prognosis scale. **Method:** Descriptive, cross-sectional, quantitative study developed in ICU. Applied questionnaire for clinical characterization and a specific questionnaire to identify groups according to palliative prognosis, PaP score. **Results:** 70.6% of the patients were in group A followed by 16.3% in group C, with a statistically significant correlation between pain and outcome and palliative prognosis, and a strong correlation between palliative prognosis and days of hospitalization and outcome. **Conclusion:** The use of the palliative prognostic scale made it possible to identify patients in homogeneous groups according to their characteristics and their most likely outcome.

KEYWORDS: Palliative Care; Pain Management; Intensive Care Units.

RESUMEN

Objetivos: caracterizar a los pacientes según el enfoque de los cuidados paliativos en la UCI; Comparar los grupos clasificados según la escala de pronóstico paliativo y las variables relacionadas con la hospitalización y el dolor, identificar los analgésicos y la cantidad de alivio del dolor realizado según la escala de pronóstico paliativo. **Método:** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo desarrollado en UCI. Cuestionario aplicado para caracterización clínica y un cuestionario específico para identificar grupos según pronóstico paliativo, puntaje PaP. **Resultados:** 70.6% de los pacientes estaban en el grupo A seguido por 16.3% en el grupo C, con una correlación estadísticamente significativa entre el dolor y el resultado y el pronóstico paliativo, y una fuerte correlación entre el pronóstico paliativo y los días de hospitalización y resultado. **Conclusión:** El uso de la escala de pronóstico paliativo permitió identificar pacientes en grupos homogéneos de acuerdo con sus características y su resultado más probable.

PALABRAS CLAVE: Cuidados Paliativos; Manejo del Dolor; Unidad de Cuidados Intensivos.

RECEBIDO EM: 07/10/2019 APROVADO EM: 09/10/2019

Letícia de Mattos Rodrigues da Silva

Enfermeira especialista em UTI pelo Programa de Residência Multidisciplinar em Cuidados Intensivos – Adultos da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Suely Sueko Viski Zanei

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Profª Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem/ UNIFESP. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Intensivos Adulto. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Iveth Yamaguchi Whitaker

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Profª Associada da Escola Paulista de Enfermagem/ UNIFESP.

INTRODUÇÃO

Os primeiros relatos de cuidados paliativos, originalmente designado pelo termo hospice, se deu no século V, no Hospício do Porto de Roma, onde era dado abrigo, conforto e cuidado aos peregrinos e viajantes^(1,2).

No século XX, em Londres, Cicely Saunders, com formação em Enfermagem, Assistência Social e, posteriormente, em Medicina, dedicou-se ao estudo de doentes terminais, com enfoque no alívio da dor, disseminando o conceito de dor total e o movimento Hóspice Moderno, dando forma autêntica ao cuidado paliativo e incentivando o ensino e a pesquisa relacionada à temática^(1,2).

O termo Cuidados Paliativos passou a ser utilizado após proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), devido à dificuldade em traduzir o termo hópice. Cuidados Paliativos deriva da palavra latina pallium, que significa manto que acoberta, fazendo referência ao ato de aliviar sintomas e sofrimento⁽²⁾.

A primeira definição da OMS de cuidados paliativos foi apresentada em 1986:

“Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares.”⁽³⁾

Em 2002, com o objetivo de ampliar o conceito para melhor aplicabilidade, foi lançada nova definição:

“Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza

física, psicossocial e espiritual.”⁽³⁾

Considerando os termos da definição, o cuidado paliativo foi interpretado, e na atualidade, ainda o é, como o cuidado oferecido aos indivíduos frente à morte iminente. Entretanto, se considerado “doenças que ameaçam a vida” sem atribuir a conotação de morte indubitável, outras situações podem ser englobadas na definição. Muitos pacientes com comorbidades, em vários momentos da evolução de sua doença, podem ser inseridos no cuidado paliativo, mas não necessariamente, estarão frente à morte iminente. São exemplos, os pacientes com câncer, insuficiência cardíaca grave e progressiva, falência hepática e/ou renal, doenças neurodegenerativas, lesões medulares graves, doenças pulmonares crônicas e/ou degenerativas, entre outras, em tratamento dentro ou externo as Unidades de Terapia Intensiva - UTI⁽⁴⁾.

Tal interpretação, apesar de não ser recente, ainda é pouco difundida e utilizada entre os profissionais de saúde. Estudos comprovam a inabilidade do controle de sinais e sintomas relacionados à dor pela equipe, dificuldade em sanar as necessidades de familiares e pacientes terminais, mostrando a defasagem na comunicação da equipe percebida pelos cuidadores e/ou familiares dos pacientes, sob cuidado paliativo⁽⁴⁾.

Diante dessa nova contextualização, especialistas propuseram uma abordagem incluindo os pacientes internados nas UTIs, desde a sua admissão, visando manter a qualidade de vida do paciente em todas as fases de sua doença⁽⁵⁾.

Assim sendo, o cuidado paliativo pode ser aplicado considerando três fases⁽³⁾: Fase A) O paciente apresenta alta probabilidade de cura e reestabelecimento sendo a morte pouco provável. Nesta fase, o cuidado paliativo está voltado para alívio do desconforto do tratamento intensivo e da doença; Fase B) Nesta fase, a equipe percebe uma restrição da resposta do paciente ao tratamento proposto, com aumento crescente da probabilidade de morte para dias, semanas ou

meses. O tratamento curativo associado aos cuidados paliativos para alívio dos desconfortos do tratamento intensivo e da doença passa a ser proporcional à qualidade de vida e às comorbidades. As intervenções necessárias para as doenças passam a ser realizadas somente quando forem vistas como proporcionais de forma a trazer mais benefícios que prejuízos. Fase C) Há risco de morte iminente, em horas ou dias, e o cuidado paliativo está voltado exclusivamente para o conforto, garantindo a melhor qualidade de final de vida possível.

Levando-se em conta os preceitos do cuidado paliativo nos ambientes das UTIs, a dor passa a ser evidenciada e valorizada como um dos principais pilares da assistência intensiva, no qual o alívio da dor/sofrimento ganha destaque em qualquer fase do tratamento. Há que se considerar, em geral, que a dor é o sintoma que desencadeia a procura por serviços de saúde, é um dos principais motivos de internações e de desconforto do paciente, além de ser a principal queixa durante procedimentos invasivos^(6,7).

O tratamento farmacológico para a dor, de acordo com sua natureza e intensidade, pode ser inquestionável e é de responsabilidade médica. Entretanto, considerando a presença constante do enfermeiro, principalmente nas UTIs, o controle da dor é uma de suas responsabilidades e o mesmo deve participar de todas as etapas do processo, desde a identificação da queixa, caracterização, análise das repercussões biopsicossociais, critérios de melhora e/ou piora, levantamento dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos indicados até a reavaliação e verificação dos efeitos da terapêutica utilizada⁽⁸⁾.

Diante da importância da dor, a International Association for the Study of Pain a definiu, como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos. Trata-se de uma manifestação subjetiva que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais.” A dor é um dado individual e livre de qualquer

juízo, possuindo como padrão ouro, o autorrelato⁽⁹⁾.

No cenário clínico, grandes instituições como a Agency for Healthcare Research and Quality e a American Pain Society, propuseram diretrizes que tornaram o quinto sinal vital, sendo necessário seu controle com o mesmo rigor que os demais sinais vitais. Com isso, renomadas sociedades de acreditação tornaram a avaliação e controle sistemático da dor um critério para o reconhecimento internacional de qualidade assistencial⁽¹⁰⁾.

Diante da necessidade do melhor controle da dor, houve a validação de escalas que tornaram mais objetivas sua mensuração e avaliação. Na mensuração, caracterizada pelo caráter quantitativo, o indivíduo atribui à dor uma intensidade através de escalas unidimensionais. Já, para uma avaliação que considera o que pensa ou sente o próprio paciente, há aspectos subjetivos envolvidos como o significado e outras informações atribuídas à dor. Nesses casos, há maior complexidade na avaliação da dor quando as escalas multidimensionais são utilizadas⁽¹⁰⁾.

Pela praticidade e rapidez na sua aplicação, os instrumentos unidimensionais, como as escalas de avaliação numérica/verbal e analógico/visual são as mais utilizadas dentro do ambiente hospitalar. Entretanto, apenas a constatação da dor não se mostra suficiente, pois existe a necessidade do registro adequado da mesma no prontuário, para que a informação seja compartilhada entre as equipes e as intervenções necessárias ocorram de forma apropriada e ágil, sem sofrimento desnecessário do paciente^(10,11).

Neste contexto, percebe-se a importância do entendimento ampliado do cuidado paliativo dentro da UTI e a necessidade da conscientização da dor como um quinto sinal vital por toda a equipe de saúde, particularmente pelos enfermeiros, que avaliam e permanecem em constante proximidade com os pacientes.

Frente à perspectiva do cuidado paliativo nas UTIs, tais aspectos podem ser desconhecidos e justifica-se a investigação através da análise objetiva dos registros

de enfermagem relacionados à avaliação e controle da dor em pacientes críticos.

Considerando-se as diferentes fases do cuidado paliativo, as questões que nortearam o presente estudo foram: quais as características dos pacientes críticos de acordo com a abordagem de cuidados paliativos? Os grupos identificados através da escala de prognóstico paliativo apresentam diferenças relacionadas a internação e alívio da dor na terapia intensiva? Para obter as respostas, foram estabelecidos como objetivos: caracterizar os pacientes de acordo com a abordagem dos cuidados paliativos em UTIs, comparar os grupos classificados de acordo com a escala de prognóstico paliativo e as variáveis referentes a internação e dor e, identificar os analgésicos comumente prescritos e a quantidade de administrações realizadas para o alívio da dor, conforme os grupos classificados com a escala de prognóstico paliativo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido na UTI Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (HU-UNIFESP), constituída por 17 leitos para admissão de pacientes adultos, clínicos, cirúrgicos ou de trauma. Por ser um hospital público de alta complexidade e considerado referência na rede de atenção à saúde no município de São Paulo, o fluxo de pacientes é grande, mantendo a UTI com alta taxa de ocupação de forma permanente, predominando pacientes cirúrgicos e traumas.

A coleta foi realizada durante seis meses consecutivos, (junho a novembro/2015), após a assinatura da Carta de Anuência das chefias médica e de enfermagem da unidade (instituição) e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e da UNIFESP, CAAE: 44413215.9.0000.5505.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes recém-admitidos, que permaneceram internados por mais de 24

horas, e que apresentaram, quando não sedados, pontuação maior que 3 pontos na escala de coma de Glasgow (ECG) e, quando sedados, score maior que -5 na escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). A opção por excluir pacientes com ECG de 3 pontos e RASS de -5 foi devida ao fato de que a presença de dor pode ser percebida através de sinais corporais ou vitais, que nas condições citadas, não são claramente manifestadas. Conforme definição do significado clínico dos escores dessas escalas, os pacientes com as respectivas pontuações não apresentam nenhuma resposta^(12,13). Em relação aos sinais vitais, a alteração de alguns parâmetros, como taquicardia e hipertensão, podem ser indicativos de dor, porém não são exclusivos e podem estar relacionadas a outras variáveis clínicas. Uma escala de prognóstico paliativo foi aplicada até 48 horas da admissão pelo médico intensivista, conforme acordado previamente.

Para a coleta de dados, foram utilizados dois questionários, sendo o primeiro relacionado a dados sociodemográficos, como idade, sexo, bem como, dados da internação: causas de admissão, comorbidades, data da internação no hospital e na UTI, data de alta, óbito e/ou transferência da unidade, que foram coletados pela pesquisadora principal ao longo dos períodos de internações. O segundo questionário constou de dados relacionados à dor e ao prognóstico paliativo, conhecido como Escala de Prognóstico Paliativo (Palliative Prognostic Score - PaP score).

A PaP score é uma escala de prognóstico, amplamente utilizada, que prediz a sobrevida do paciente em cuidados paliativos, através de seis variáveis: dispnéia, anorexia, estimativa clínica de sobrevivência, capacidade funcional, contagem de leucócitos e porcentagem de linfócitos. Sua pontuação se dá por variável e, de acordo com as respostas aos itens, classifica os pacientes em três grupos A, B e C. No grupo A, a probabilidade de sobrevida de 30 dias é maior do que 70%; no B, a probabilidade de sobrevida de 30

Tabela 1. Características sociodemográficas, condições, desfechos clínicos e grupos segundo o PaP score. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	
Idade	
Média (DP)	58,64 (+/- 20,04)
Mediana (min-Máx)	62 (18-94)
Dias de Internação	
Média (DP)	10,63 (+/- 13,25)
Mediana (min-Máx)	5 (1-77)
Gênero	
	n (%)
Feminino	76 (49,7)
Causas de admissão	
PO de cirurgia de grande porte	114 (74,5)
Causas respiratórias	10 (6,5)
Sepse/choque séptico	16 (10,5)
Outras causas	13 (8,5)
Comorbidades	
Causas Cardiovasculares	74 (48,4)
Diabetes Mellitus	39 (25,5)
Outros	59 (38,5)
Desfecho	
Alta/transferência	129 (84,3)
Óbito	24 (15,7)
Grupo PaP score	
Grupo A	108 (70,6)
Grupo B	20 (13,1)
Grupo C	25 (16,3)
Presença de Dor	
Sim	59 (38,3)
Analgésicos na Prescrição Médica	
Opióide	82 (53,6)
Dipirona	104 (68)
Cateter Peridural	8 (5,2)
Bomba de infusão de fentanil	18 (11,8)
Administração de analgésicos injetáveis	
Nenhuma	41 (26,8)
1 ou 2 vezes	16 (10,5)
3 ou 4 vezes	31 (20,2)
5 ou mais vezes	46 (30,1)
Uso contínuo de fentanil (bomba de infusão)	19 (12,4)

dias está entre 30 a 70% e; no C, a probabilidade de sobrevida de 30 dias, é menor que 30%^(14,15). De certa forma, a PaP score traduz de forma numérica as fases descritivas nas quais os pacientes podem ser inseridos na perspectiva dos cuidados paliativos. Por sua especificidade, os idealizadores da escala recomendam que a aplicação seja realizada por médicos.

Em relação aos registros, foi verificada a presença ou ausência de dor através das anotações da equipe de enfermagem na folha de controle, nas anotações e na evolução de enfermagem, sendo esta última, realizada somente pelo enfermeiro.

Nas prescrições médicas, foram verificados os analgésicos prescritos e registrado o número de vezes que foram administrados a cada 24 horas. Posteriormente, foram classificados em classes farmacológicas para facilitar a análise dos dados.

Após a finalização da coleta, os dados foram organizados e inseridos em planilhas eletrônicas (Microsoft Excel 2007[®]). Foram realizadas análises descritivas, sendo que, para as variáveis contínuas, calculou-se média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo; para as variáveis categóricas, calculou-se frequência em números absoluto e percentuais. Para as comparações entre as variáveis de interesse, foi utilizada a análise de variância (ANOVA), e o teste Qui Quadrado para comparar dor com desfecho e causa de admissão. A razão de verossimilhança foi utilizada para correlacionar o PaP score com o desfecho, dor e quantidade de analgésicos administrados. Os resultados foram descritos e expostos na forma de gráficos e tabelas, quando apropriado. Para todas as análises foi adotado um nível de significância de 5% (p-valor <0,05).

RESULTADOS

Na Tabela 1, os participantes do estudo (153 que atenderam aos critérios de inclusão) foram caracterizados segundo os dados sociodemográficos, condições e desfechos clínicos, e grupos de acordo com a escala de prognóstico paliativo.

Na Tabela 2 apresenta-se a comparação entre os pacientes que apresentaram ou não dor, segundo o tempo de internação,

causa de admissão na UTI, desfechos e a classificação de acordo com o PaP score.

O impacto sobre as variáveis tempo de

internação e desfecho de acordo com os grupos do escore de cuidado paliativo (PaP score), estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 2. Comparação da dor com o tempo de internação, causa de admissão, desfecho e escala de prognóstico paliativo (PaP score). São Paulo, SP, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	DOR PRESENTE	AUSENTE	VALOR DE P
Dias de Internação	13,12	9,07	0,0659
Média (DP)	(15,61)	(11,33)	
Mediana (min-máx)	7 (1-77)	5 (1-73)	
Causa de admissão	n (%)	n (%)	
Causas cirúrgicas	41 (36)	73 (64)	
Causas respiratórias	4 (40)	6 (60)	
Sepse/choque septico	8 (50)	8 (50)	
Outras causas	6 (46,2)	7 (53,8)	0,6747
Desfecho			
Alta/Transferência	35 (59,3)	94 (100)	
Óbito	24 (40,7)	0 (0)	0,0001
PaP Escore			
Grupo A	29 (26,9)	79 (73,1)	
Grupo B	5 (25)	15 (75)	
Grupo C	25 (100)	0 (0)	0,0001

Tabela 3. Impacto de acordo com os grupos - PaP score, sobre as variáveis tempo de internação e desfecho. São Paulo, SP, Brasil, 2015.

VARIÁVEL	GRUPOS – PAP ESCORE			P-VALOR
	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	
Dias de Internação				
Média (DP)	5,62 (4,48)	27,4 (19,98)	18,88 (16,96)	<0,0001
Mediana (min-máx)	4 (1-25)	23 (4-73)	14 (4-77)	
Desfecho				
Alta/Transferência	108 (100)	20 (100)	1 (4)	
Óbito	0 (0)	0 (0)	24 (96)	<0,0001

A Figura 1 apresenta os percentuais relacionados ao número de vezes que foram administrados os analgésicos de acordo com o grupo no qual o paciente pertence, segundo o PaP score. Pacientes nos grupos (fases) B e C apresentam maior percentual de administração de analgésico (cinco vezes ou mais) ou uso de bomba de infusão contínua de fentanil, do que pacientes do Grupo (fase) A, que apresentam maior percentual de nenhuma administração de analgésico

DISCUSSÃO

A população do presente estudo assemelha-se com a encontrada em outros estudos^(16,17), sendo composta, quase que igualmente por ambos os gêneros. Houve predominância de adultos de meia idade e presença de diabetes mellitus e hipertensão arterial como comorbidades, provavelmente, devido ao envelhecimento da população.

O tempo de internação e a causa de admissão na UTI variaram, sendo encontrado de 06 e 23, com média de 08 dias. As causas de internação mais frequentes na literatura são relacionadas à necessidade de suporte clínico, predominantemente cardiorespirató-

rio^(16,17). Nesse estudo, a necessidade de internação por suporte pós-operatório foi a causa predominante de admissão. Isso pode ser explicado pelo fato da UTI do estudo ser considerada referência do hospital para internação de pacientes cirúrgicos críticos ou potencialmente críticos. Em relação ao desfecho, os elevados percentuais de alta vão de encontro aos resultados de outros estudos^(16,17), ressaltando-se que o diagnóstico e o tratamento precoce apresentam forte associação com a baixa mortalidade que, por sua vez, está relacionada com a qualidade da assistência.

Em um estudo⁽¹⁸⁾ realizado na Austrália, Nova Zelândia e França, que tinha como objetivo mensurar a avaliação e o manejo da dor, foi constatado que mais da metade dos pacientes não apresenta queixas álgicas, coincidindo com o presente estudo que mostrou ausência de dor em aproximadamente 60% dos pacientes. A pesquisa relata ainda que, nestes países, a administração de opióides é preferencial no controle da dor, diferentemente do encontrado, no qual, a administração de dipirona foi maior, seguida pelos opióides, tal como constatado no presente estudo.

O ambiente de alta complexidade

está relacionado com diversos desafios, dentre os quais, encontra-se o manejo da dor. De acordo com um estudo americano⁽¹⁹⁾, 71% dos pacientes, antes de serem internados na terapia intensiva, já vivenciaram a dor, podendo explicar a falta de correlação da mesma com a causa de admissão e com o tempo de internação, por ser uma sensação individual com reações diferentes em cada paciente, independente da causa e duração.

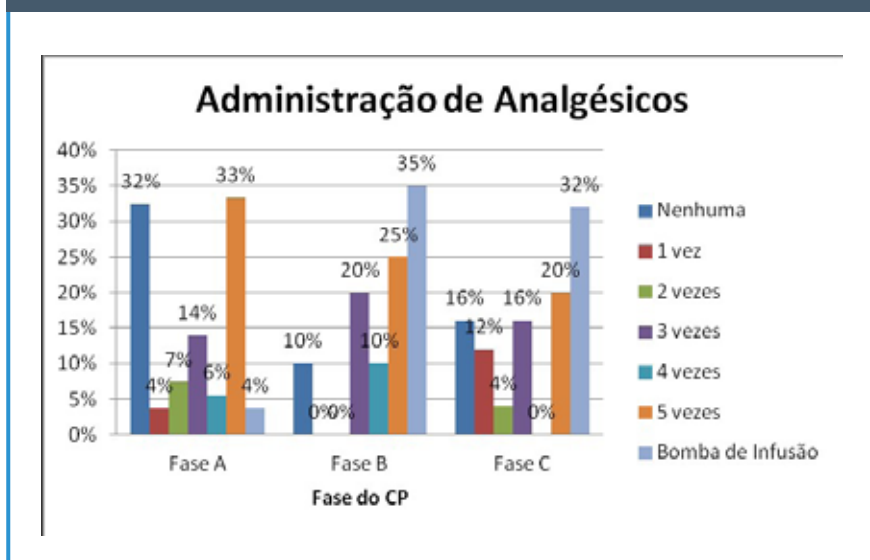
No entanto, nota-se que a presença de dispositivos invasivos e uso de sedativos, comumente usados em pacientes graves, são fatores que dificultam a avaliação, detecção e intervenção da dor^(19,20). Considerando-se que a maior parte dos pacientes são cirúrgicos, tal fato poderia explicar a maior administração de analgésicos em pacientes no grupo A e ao maior uso de bombas de infusão de fentanil seguido de cinco administrações de analgésicos injetáveis em pacientes no grupo B (Figura 1). Ainda, tal como esperado, todos os pacientes do grupo C apresentaram queixas álgicas e, conseqüentemente, foi o grupo que mais usou bomba de infusão de fentanil e que evoluiu para o óbito.

Destaca-se que a fisiopatologia da dor é complexa, sendo explicada como um estímulo causado a partir da lesão de algum tecido, com liberação de mediadores inflamatórios que desencadearão toda a cascata de ações, até chegar ao córtex somatossensorial, no qual a sensação será sentida.

Todas essas ações poderão resultar em repercussões hemodinâmicas, respiratórias, aumentando a demanda de oxigênio, podendo resultar em hipercoagulabilidade, disfunção no sistema imunológico, assincronia com a ventilação e diversos prejuízos orgânicos^(19,20).

Diante disso, diversos estudos⁽¹⁹⁻²²⁾ mostraram a forte correlação da dor com mortalidade, tal como evidenciado no presente estudo. Além disso, a associação com diferentes comorbidades, como delirium e agitações, também são reportadas, aumentando os custos para a instituição.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019



Nos Estados Unidos, 20% das mortes acontecem na terapia intensiva e metade dos pacientes internados nos hospitais, recebem tratamentos intensivos antes de morrer. Tais constatações reforçam que a otimização do cuidado paliativo pode ser valiosa tanto para pacientes/familiares, considerando o objetivo de aliviar o sofrimento e a dor mantendo-se a excelência no cuidado, e para o hospital, há benefícios em relação aos custos. Estudos comentam sobre o impacto econômico positivo do cuidado paliativo para as instituições hospitalares que, em razão da diminuição do investimento tecnológico em larga escala, do tempo de internação e diminuição de infecções/reinfecções, e até mesmo, de admissões desnecessárias em setores de alta complexidade, otimizam recursos e custos⁽²³⁾.

A literatura mostra a importância da avaliação e do manejo da dor no cuidado paliativo dentro da terapia intensiva, considerando-se o fato de utilização de altas tecnologias e da ampla variedade farmacológica disponível. Porém, os estudos mostram que todo esse arsenal pode não estar sendo utilizado da forma correta. Pacientes em estado terminal (grupo C) apresentam maior percentual de dor e, além disso, há relatos de que os sofrimentos físico e psíquico não são tratados adequadamente⁽²³⁾.

Em um estudo⁽²³⁾ de grande reconhecimento, The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT), foi visto que 40% pacientes com diagnóstico de insuficiência respiratória aguda e sepse apresentou dores intensas e desconfortos respiratórios importantes três dias antes de evoluírem a óbito.

O adequado controle da dor em pacientes terminais é de suma importância, visto os princípios e objetivos do cuidado paliativo. As intervenções para otimização do quadro podem ser de origem farmacológicas ou não, entretanto, na terapia intensiva, o controle

A literatura mostra a importância da avaliação e do manejo da dor no cuidado paliativo dentro da terapia intensiva, considerando-se o fato de utilização de altas tecnologias e da ampla variedade farmacológica disponível. Porém, os estudos mostram que todo esse arsenal pode não estar sendo utilizado da forma correta.

farmacológico apresenta-se em destaque. O recente guideline da Society of Critical Care Medicine recomenda o uso de opióide intravenoso no tratamento da dor não neuropática do doente crítico, sendo o opióide mostrado em muitos estudos^(18,23,25) como a classe de primeira escolha para o tratamento da dor. No presente estudo, o analgésico mais utilizado foi a dipirona, o que poderia justificar o maior número de vezes de sua utilização.

Outro aspecto a destacar é que, para alguns autores⁽²⁴⁾, a utilização do prognóstico paliativo facilita a divisão dos pacientes em grupos homogêneos, de acordo com a estimativa clínica de sobrevida, isto é, referente ao tempo de internação e desfecho dado, que poderia ser útil na tomada de decisões clínicas.

Destaca-se a importância da aplicação do PaP score para o presente estudo que permitiu classificar os pacientes de acordo com a fase paliativa nos respectivos grupos. O aspecto positivo visualizado foi a constatação de que a maioria dos pacientes, em todos os grupos, recebeu pelo menos uma medicação analgésica, indicando que a dor não tem sido totalmente negligenciada. Além disso, mostrou o potencial benefício da aplicação de uma escala de prognóstico paliativo, que pode auxiliar os profissionais de saúde na administração de um cuidado organizado, humanizado e sobretudo, de acordo, com as necessidades individuais.

Outro aspecto de interesse que deve ser comentado é o papel do enfermeiro no controle e manejo da dor dentro da UTI, que para ser mais efetivo e sistemático, deve ser realizado periodicamente utilizando-se de instrumentos próprios que facilitem a avaliação, sem subestimar o autorrelato, que deve ser sempre incentivado.

Entretanto, apesar do tema ser cada vez mais discutido na literatura, percebe-se que persiste a dificuldade de avaliação da dor e que esforços efetivos devem ser realizados pelos profissionais

de saúde e fomentos a pesquisas na área devem ser incentivados.

Finalizando, considerando-se que a coleta de dados foi realizada em uma única UTI e com limitado número de pacientes, resultou em uma limitação do estudo, dificultando generalizações.

CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes do estudo

foi classificada como pertencentes ao grupo A de acordo com a escala de prognóstico paliativo, os quais apresentaram menor tempo de internação com melhor desfecho (alta da UTI). Os pacientes dos grupos B e C apresentaram maior tempo de internação. Somente no grupo C houve óbitos de todos os pacientes.

A maioria dos pacientes dos grupos A e B não apresentaram dor. Entretanto,

naqueles que referiram dor (grupo A), a administração de analgésicos injetáveis foi maior (dipirona). No grupo B e C, foram utilizados com maior frequência analgésicos por infusão contínua (fentanil). A utilização da escala de prognóstico paliativo possibilitou a identificação dos pacientes em grupos de acordo com suas características e do desfecho mais provável para cada grupo. ■

REFERÊNCIAS

1. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. 2008.
2. Del Rio MI, Palma A. Cuidado paliativo: historia y desarrollo. *Boletín Escuela Med Univ Chile*. 2007; 32(1):16–22.
3. Mortiz RD, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Patrícia L, et al. II Fórum do "Grupo de estudos do fim da vida do cone sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011 Jan/Mar; 23(1):24–9.
4. Filho RCC, Costa JLF, Gutierrez FLBR, Mesquita AF. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008 Jan/Mar; 20(1):88–92.
5. Meier D, Nelson J. Palliative care in the intensive care unit: Part I. *J Intensive Care*. 2008 Jun; 14 (3):130–9.
6. Nascimento LA, Kreling MCGD. Assessment of pain as the fifth vital sign: opinion of nurses. *Acta Paul Enferm*. 2011 jan; 24(1):50–4.
7. Sakata RK. Analgesia and sedation in intensive care unit. *Rev Bras Anestesiologia*. 2010 Nov/Dez; 60(6):653–8.
8. Rigotti MA, Ferreira AM. Nursing intervention to the patients with pain. *Arq Ciênc Saúde*. 2005 Jan/Mar; 12(1):50–4.
9. Pedrosa RA, Celich KLS. Pain: fifth vital sign, a challenge for the care in nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Abr/Jun; 15(2):270–6.
10. Fontes KB, Jaques AE. O Papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc Cuid Saude*. 2007; 6(2):481–7.
11. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latin-Am Enfermagem*. 2002 Mai/Jun; 10(3):446–7.
12. Oliveira DMP, Pereira CU, Freitas ZMP. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma craniocéfálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. *Arq Bras Neurocir*. 2014; 33(1):22–32.
13. Junior APN, Neto RCP, Figueiredo WB, Park M. Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *São Paulo Med J*. 2008; 126(4):215–9.
14. Rendón LF, González FR, Canela MA, Aguado JLR. Estudio comparativo de la escala Palliative Prognostic Score y la estimación de los médicos en la supervivencia de la enfermedad oncológica terminal. *Med Palliat*. 2013.
15. Tavares T, Gonçalves E. Vital Prognosis in advanced cancer patients: a systematic literature review. *Acta Med Port*. 2013; 26(4):433–44.
16. Rocha MS, Caetano JA, Soares E, Medeiros FL. Characterization of the population assisted at the intensive therapy unit: subsidy to the assistance. *Rev Enferm UERJ*. 2007; 15(3):411–6.
17. Queiroz F, Rego D, Nobre G. Morbimortalidade na unidade de terapia intensiva de um hospital público. *Rev Baiana Enferm*. 2013; 27(2):164–171.
18. Elliot D, Aitken LM, Bucknall TK, Seppelt IM, Webb SAR, Weisbrodt L. Patient comfort in the intensive care unit: a multicentre, binational point prevalence study of analgesia, sedation and delirium management. *Crit Care Resus*. 2013; 13(3):213–9.
19. Stites M. Observacional pain scales in critically ill adults. *Crit Care Nurse*. 2013; 33(3):68–78.
20. Lindenbaum L, Milia DJ. Pain management in the ICU. *Surg Clin N Am*. 2012; 92(6):1621–36.
21. Stanik-Hutt J. A. Pain management in the critically ill. *Crit Care Nurse*. 2003; 23(2):99–103.
22. Pandharipande PP, Patel MB, Barr J. Management of pain, agitation, and delirium in critically ill patients. *Pol Arch Med Wewn*. 2014; 124(3):114–23.
23. Curtis JR, Rubenfeld GD. Improving palliative care for patients in the intensive care unit. *J Palliat Med*. 2005; 8(4):840–54.
24. Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, Scarpi E, Indelli M, Martini C, et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 1999; 17(4):240–7.
25. Puntillo K, Nelson JE, Weissman D, Curtis R, Weiss S, Frontera J, et al. Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst – A report from the IPAL-ICU advisory board. *Intensive care Med*. 2014; 40(2):235–48.