

Implantação de Serviço de Cuidados Paliativos no Serviço Hospitalar de Emergência de um Hospital Público Universitário

AUTORES

Frederica Montanari Lourençato, Unidade de Emergência. Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Antônio Pazin Filho, diretor do Departamento de Atenção à Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil. Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor Titular da Divisão de Emergências do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

RESUMO

As transformações sociais ocorridas nas últimas décadas trouxeram reflexos importantes no Cuidado à Saúde. As mudanças demográficas e epidemiológicas, como o aumento populacional e o envelhecimento e as conquistas da Medicina, que promoveram ênfase na cura das doenças e avanços que transformaram doenças praticamente letais em doenças crônico-degenerativas, modificaram o perfil dos óbitos no país nas últimas décadas. Essa tendência começou a ser modificada na virada do milênio iniciando um processo de retomada do Cuidar na Saúde, influenciando a gênese e ênfase na promoção dos Cuidados Paliativos. Neste sentido tem sido crescente a implantação dos Cuidados Paliativos em serviços de saúde como estratégias para aprimorar o cuidado. No entanto, a maioria destes serviços só funcionam em horários comerciais o que faz com que a inexistência de suporte adequado nos momentos inesperados e não rotineiros em que o óbito ocorre, muitas vezes leva o transporte de pacientes para o SHE podendo ocasionar sobrecarga deste serviço. Neste contexto as mudanças citadas nos levam a repensar o Serviço Hospitalar de Emergência não só como local de salvar vidas, mas também de oferecimento de cuidados paliativos. A Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (U.E.-HCFMRP/USP) tem sofrido este impacto, com superlotação, sendo assim, estratégias foram sendo utilizadas para a minimização deste problema, direcionando a adoção da implantação de um Serviço de Cuidados Paliativos. O presente artigo descreve o processo de implantação do serviço de cuidados paliativos nesta Unidade através de um relato de experiência descritivo e qualitativo apresentando a criação de um processo de trabalho que fomenta este tipo de atendimento. Ao longo do processo de implantação do serviço de cuidados paliativos foi validada e incorporada na prática institucional uma metodologia para identificação e atendimento dos pacientes com perfil paliativo. Foram construídas ferramentas como fluxograma para nortear o atendimento e definidos protocolos de atendimentos institucionais que validou o atendimento dos pacientes neste contexto.

Palavras-chave: Serviço Hospitalar de Emergência; Sistema Único de Saúde; Cuidados Paliativos e Hospitais para doentes terminais.

INTRODUÇÃO

Uma Sociedade em Transformação

As transformações sociais das últimas décadas são marcantes com reflexos importantes no Cuidado à Saúde. As mudanças demográficas e epidemiológicas, o crescimento e envelhecimento populacional, bem como as revoluções na Medicina tiveram importante impacto nesta área.

Esta população tem maior incidência de condições crônico-degenerativas, o que tem modificado o cuidado e o perfil dos óbitos no país nas últimas décadas, cerca de 70% de todas as mortes atualmente¹.

As conquistas da Medicina promoveram ênfase na cura das doenças e avanços no desenvolvimento de medicamentos que transformaram doenças letais em crônico-degenerativas, trazendo elevado custo social com eventos adversos relacionados, como a futilidade da realização de procedimentos e dificuldade de aceitar a morte².

Essas mudanças impactam na estrutura dos sistemas de saúde e especialmente na saúde pública causando longas filas de espera, direcionando casos eletivos para a emergência e ocorrendo o fenômeno da “urgencialização”.

Embora tenha sido postergada, a Morte persiste inevitável. Cerca de 1% da população morre a cada ano e embora as mortes sejam inesperadas, a maioria pode ser prevista. A inexistência de suporte adequado em que o óbito ocorre, leva o transporte de pacientes para o SHE para um atendimento que poderia ser ofertado em outras instâncias se houvesse preparo adequado, o que pode ocasionar sobrecarga para um serviço que já enfrenta dificuldades.

Em situações de doença evolutiva, surge oportunidades de desenvolver auxílio para mitigar (paliar) o processo de morte. Nos últimos anos, tem sido crescente a implantação de estratégias para aprimorar o cuidado, sendo uma delas o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em serviços de saúde dedicados aos cuidados de condições crônico-degenerativas. No entanto, estes serviços muitas vezes só funcionam em horários comerciais, não estando disponíveis quando ocorre o óbito ou quando há acentuação de sintomas, novamente implicando em direcionamento inadequado para SHE.

Torna-se necessário, portanto, que os SHE se integrem aos serviços de Cuidados Paliativos para garantir a continuidade do cuidado, mas para que seja possível, deve-se compreender o que se entende por Cuidados Paliativos e qual o grau de sua inserção neste espaço.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o conceito de cuidados paliativos redefinido em 2012, é uma *“abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual”*³.

O objetivo é o tratamento da dor e outros sintomas físicos, além do sofrimento psíquico e espiritual, utilizando habilidades de comunicação para estabelecer metas de atendimento, fornecendo desta maneira apoio aos pacientes, seus entes queridos e equipes de assistência⁴.

O atendimento é baseado em habilidades de comunicação, prognosticação, controle de sintomas e atenção à terminalidade, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares⁴.

O Ministério da Saúde publicou no final de 2018, uma resolução normatizando a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS⁵ dispondo as diretrizes para a organização no âmbito da RRAS. Incluiu sua integração na rede de atenção à saúde

com os objetivos de promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, incluindo o SHE.

O SHE foi idealizado para atendimento de pacientes em situações agudas cujo objetivo é a manutenção da vida⁶ e as mudanças citadas nos levam a repensar o SHE não só como local de salvar vidas, mas de oferecimento de cuidados paliativos. Dentre os motivos estão: a organização e efetividade do sistema de saúde, no qual este serviço continua sendo o ponto de entrada do sistema de saúde para muitos pacientes⁷ e ainda, que pacientes com estas demandas, especialmente na fase de terminalidade, serão ocasionalmente transportados para SHE.

A Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (U.E.-HCFMRP/USP) é um hospital de urgência responsável por atender pacientes saudáveis com quadros agudos, de natureza clínica ou traumática e pacientes com doenças crônicas em quadro de exacerbação. Compõe uma porta de entrada hospitalar da RRAS 13 e possui habilitação em alta complexidade em ortopedia, neurocirurgia, cardiovascular, dentre outras⁸.

Nos últimos anos temos visto a superlotação deste serviço, levando a adoção de estratégias como implantação do Sistema de Regulação de Urgências e Emergências(9) e a implementação do Projeto de Desospitalização(10) e direcionou a implantação da Equipe de Cuidados Paliativos neste cenário, que ainda é recente e precisa ser avaliada em profundidade quanto a sua efetividade no sentido de minimizar o problema e qualificar os atendimentos.

OBJETIVOS

Descrever o processo de implantação do serviço de cuidados paliativos na U.E.-HCFMRP/USP.

METODOLOGIA

Processo de Formação da Equipe de Cuidados Paliativos (ECP) - U.E. – HCFMRP/USP

Um grupo formado por profissionais com o apoio da Coordenadoria da U.E.-HCFMRP/USP, diante das demandas dos pacientes e da falta de resolutividade de sua prática no cotidiano, buscando aprimoramento das formas de cuidado, se uniram e através de reuniões de reflexão com profissionais de referência de alguns setores, promoveram discussões sobre a temática em comparação com os casos atendidos sob esta perspectiva. Fundamentou-se teórica e tecnicamente em artigos científicos e investiu em estratégias de capacitação, como participação em eventos, visitas técnicas a serviços especializados, discussões multiprofissionais e de temas específicos com a utilização de recursos audiovisuais.

A partir do fortalecimento e amadurecimento do conhecimento do grupo, a proposta de criação de uma equipe de interconsulta foi apresentada e acatada pela direção do serviço, que disponibilizou a contratação de um profissional médico especialista para assessoria na implantação e proporcionou o investimento em formação acadêmica para integrantes da equipe.

RESULTADOS

A ECP foi composta por médico especialista em cuidados paliativos, assistente social, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional e serviço de capelania, realizado por padre, pastor e religioso espírita, para oferecimento de apoio espiritual.

A ECP foi formada como uma equipe consultiva para discussões do caso, a partir da solicitação da equipe de referência. Na U.E.-HCFMRP/USP não foram destinados leitos específicos para pacientes com esta demanda, o paciente era avaliado no leito da especialidade internada. Outra forma de atendimento fora a busca ativa de pacientes em locais específicos, que se configurou como instrumento importante de mapeamento de demandas e educação das equipes. Este foi o processo pelo qual a ECP se inseriu em visitas multiprofissionais ou discussões de casos para conhecimento dos pacientes e consequente sugestão de avaliação, tendo em vista os critérios de atendimento.

Ao longo do processo, com a capacitação da ECP e a construção de protocolos de atendimento específicos, as equipes foram preparadas para o atendimento de demandas dos pacientes, como por exemplo, alívio de sintomas.

A ECP não assumiu a coordenação dos cuidados, servindo como equipe de suporte que discutia e orientava condutas. Em conjunto com os profissionais da clínica de origem, o paciente e seus familiares, era elaborado um plano de cuidados e anotado em prontuário, tendo em vista a proporcionalidade dos cuidados e tratamentos em relação à atual condição clínica do paciente, visando à qualidade de vida, conforto e dignidade.

Com isso foi possível o desenho de um fluxo de avaliação dos pacientes internados na U.E.-HCFMRP/USP, definido conforme o processo de trabalho desenvolvido, através da metodologia Bizage Modeler, conforme a figura 1.

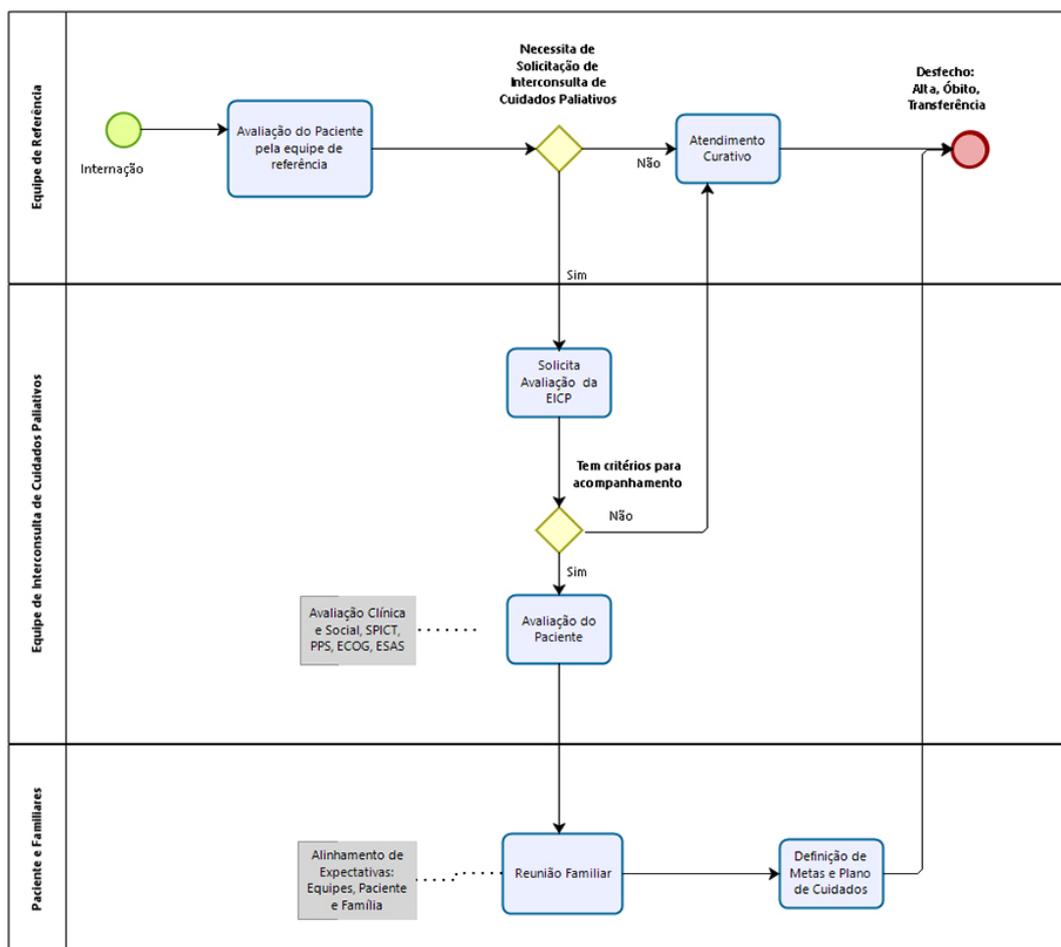


Figura 1: Fluxo de Avaliação de pacientes pela Equipe de Cuidados Paliativos na U.E. – HCFMRP/USP

Avaliação dos Pacientes

Os pacientes foram avaliados pela ECP de acordo com os critérios da metodologia SPICT-BR¹¹, um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e terminalidade, associado com a escala Palliative Performance Scale – PPS¹² que foi o disparador para o atendimento de demandas de acordo com a finalidade da solicitação.

Baseada na prática diária da ECP houve a necessidade de categorização da demanda principal e definição dos processos de trabalho de acordo com a solicitação do atendimento. Foram elencados como categorias de atendimento: controle de sintomas, prognóstico ou terminalidade, conforme figura 2.

O Controle de sintomas é um dos objetivos do cuidado paliativo e é realizado tendo em vista a experiência do profissional em tratar sintomas que se exacerbam com a evolução da doença, com o objetivo de propiciar conforto ao paciente. Os pacientes desta categoria são pacientes internados, geralmente, em decorrência do agravamento de sintomas da doença.



Figura 2: Categorização das demandas de atendimento de acordo com o objetivo do cuidado e impacto da doença.

Fonte: Adaptado de Azevedo D, Tommaso ABG, Burlá C, Santos G, Dias LM, Py L, et al. Vamos falar de Cuidados Paliativos. SBGG; 2015. 24 p.3

A categoria de prognóstico foi utilizada para categorizar os pacientes quando a ECP foi chamada para definição do estágio e possibilidade de tratamento da doença ou o conjunto delas e o impacto no grau de investimento do tratamento curativo e paliativo.

O processo de terminalidade é caracterizado quando o paciente está em processo iminente de morte, intensificando-se o controle de sintomas, com o objetivo de oferecer ao paciente um processo de morte mais tranquilo e digno.

Para esta categorização consideramos o objetivo do cuidado e do atendimento ao paciente. O controle de sintomas está categorizado para o atendimento na fase inicial e perpassa todas as outras fases. A definição do prognóstico está relacionada à uma fase intermediária do impacto da doença, considerando a validação de medidas proporcionais, e a terminalidade é quando se tem definido o prognóstico e o paciente exige cuidados de fim de vida.

Sendo assim, foram elaborados os processos de atendimentos direcionados de acordo com as demandas, conforme figuras 3 e 4.

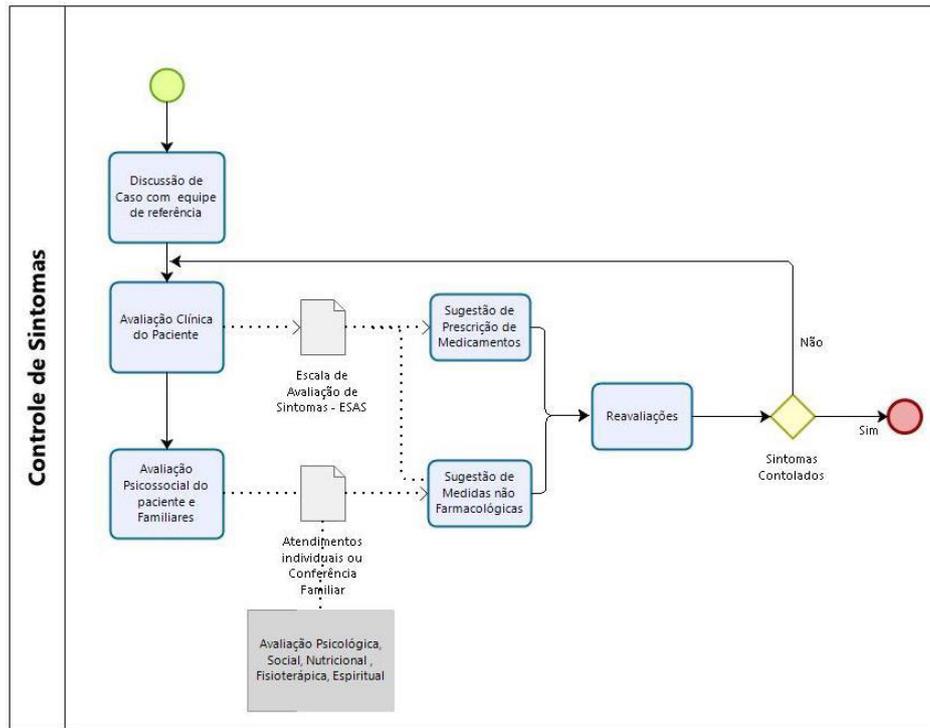


Figura 3: Processo de atendimento para demanda de Controle de Sintomas

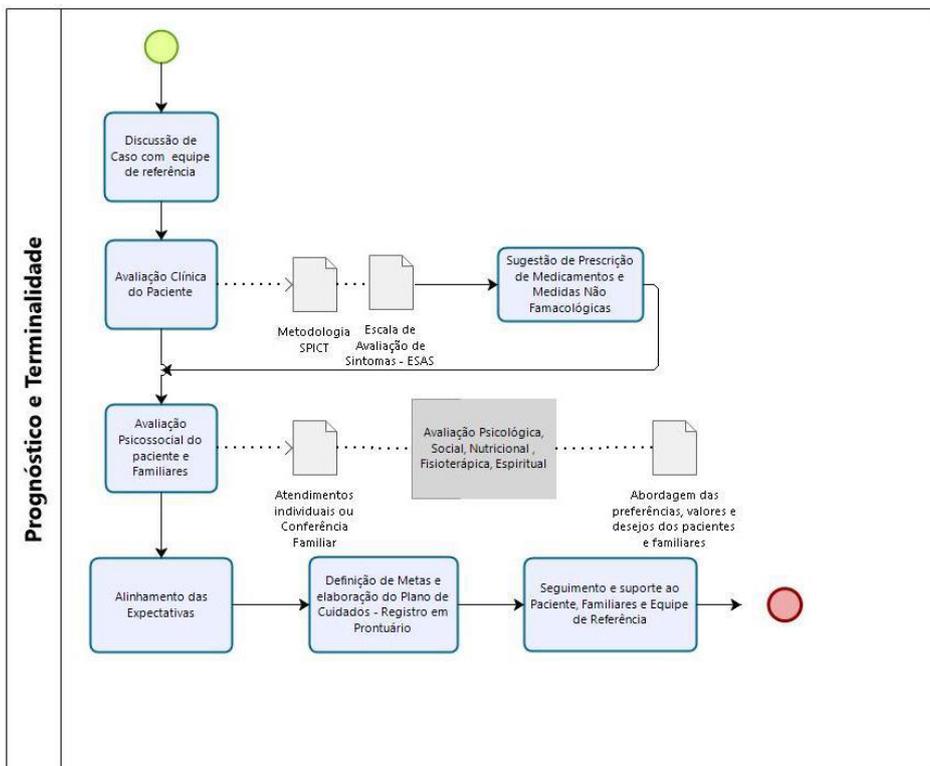


Figura 4: Processo de atendimento para demanda de Prognóstico e Terminalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dinâmica da realidade trouxe novas roupagens para velhas questões de saúde, onde ressurge o Cuidar como uma necessidade premente. A inserção dos Cuidados Paliativos é uma das estratégias de especialização e sistematização deste cuidado e traz para os espaços de saúde uma necessidade de rever seus processos de trabalho e adequar as formas de atendimento, apresentando-se como uma necessidade nos SHE como forma de qualificar o atendimento e propor novas formas de atendimento fora destes espaços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dos Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N, Pereira ADC, Capra MEZ, et al. Palliative Care in Brazil: With a View to Future Needs? *Int Arch Med* [Internet]. 2017;10:1–9. Available from: <http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2440>
2. Pazin-Filho A. Morte: Considerações Para a Prática Médica. *Med (Ribeirao Preto Online)*. 2005;38(1):20.
3. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013 Sep [cited 2019 May 18];18(9):2577–88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=pt&tlng=pt
4. Santos FS. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. Atheneu, editor. São Paulo/SP/Brasil2011. Atheneu. 2011. 476 p.
5. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução Nº 41, De 31 De Outubro De 2018. *Diário Of da União* [Internet]. 2018;seção 1:276. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/Resolucao-CP.pdf>
6. Basol N. The integration of palliative care into the emergency department. *Turkiye Acil Tip Dergisi*. 2015.
7. MacDonald N, Oneschuk D, Hagen N, Doyle D. *Textbook Of Palliative Medicine*. Palliative Medicine. 2016. 1322 p.
8. BRASIL. Plano de Ação da RUE Ribeirão Preto –SP. Acessado em 21 set 2017. 2012. p. 11. BRASIL, Plano de Ação da RUE Ribeirão Preto –S.
9. Adolfi Júnior MS, Pallini FM, Pessotti H, Wolf CM, Patelli HT, Capeli RD, et al. Regulação médica em emergência pela plataforma web: um estudo piloto. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2010 Dec [cited 2019 Aug 15];44(6):1063–71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600011&lng=pt&tlng=pt
10. Pazin-Filho A, de Almeida E, Cirilo LP, Lourençato FM, Baptista LM, Pintyá JP, et al. Impact of long-stay beds on the performance of a tertiary hospital in emergencies. *Rev Saude Publica*. 2015;49.
11. Boyd K, Murray S. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT). 2011;12. Available from: [http://www.spict.org.uk/pluginfile.php/26/mod_page/content/48/SPICT_June2013_\(watermarked\).pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/](http://www.spict.org.uk/pluginfile.php/26/mod_page/content/48/SPICT_June2013_(watermarked).pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/)

scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Supportive+and+Palliative+Care+Indicators+-
Tool+(+SPICT+?)#0

12. Sales MG, Carvalho RT. PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE [Internet]. 2009. p. 7. Available from: http://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_portugese_0.pdf