



**Universidade Federal do Maranhão**  
**Agência de Inovação, Empreendedorismo, Pesquisa,**  
**Pós-Graduação e Internacionalização**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto**  
**Mestrado Acadêmico**



**MEDIDAS INVASIVAS REALIZADAS EM PACIENTES COM  
CÂNCER AVANÇADO EM CUIDADOS PALIATIVOS EM  
TERAPIA INTENSIVA.**

**REIVAX SILVA DO CARMO**

**São Luís  
2024**

**REIVAX SILVA DO CARMO**

**MEDIDAS INVASIVAS REALIZADAS EM PACIENTES COM  
CÂNCER AVANÇADO EM CUIDADOS PALIATIVOS EM  
TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde do Adulto.

Área de Concentração: Processos biológicos em saúde

Linha de Pesquisa: HPV e câncer

Orientador: Prof. Dr. João Batista Santos Garcia

Coordenador: Marcelo Souza de Andrade

São Luís  
2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Silva do Carmo, Reivax.

Medidas Invasivas Realizadas Em Pacientes Com Câncer  
Avançado Em Cuidados Paliativos Em Terapia Intensiva /  
Reivax Silva do Carmo. - 2024.

68 p.

Orientador(a): João Batista dos Santos Garcia.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em  
Saúde do Adulto/ccbs, Universidade Federal do Maranhão,  
São Luís, 2024.

1. Neoplasias. 2. Cuidados Paliativos. 3. Unidades  
de Terapia Intensiva. 4. . 5. . I. dos Santos Garcia,  
João Batista. II. Título.|

**REIVAX SILVA DO CARMO**

# **MEDIDAS INVASIVAS REALIZADAS EM PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO EM CUIDADOS PALIATIVOS EM TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde do Adulto.

A Banca Examinadora da Defesa de Mestrado, apresentada em sessão pública, considerou o candidato aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Prof. Dr. João Batista Santos Garcia (Orientador)  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Dr. José Osvaldo Barbosa Neto  
Universidade Ceuma

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria do Desterro Soares Brandao Nascimento  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Dr. Thiago Alves Rodrigues  
Universidade Federal do Maranhão

Dedico

A minha família por todo o apoio em cada escolha  
e desafio da minha vida, gratidão.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar e dar forças para seguir lutando, mesmo diante das inúmeras adversidades.

À minha Mãe, Lurdes, que sempre me incentivou no caminho a seguir, sempre guiando e mostrando o valor que a educação tem em nossas vidas. Te amo mãe. Agradeço também ao meu Pai, Xavier, em memória por ser um dos meus maiores exemplos de vida e profissionalismo. A ele minha eterna saudade.

À minha irmã, Ludymilha, por estar sempre perto, torcendo e me incentivando, e ao meu companheiro e amor, Diogo Santos, por esta sempre ao meu lado, vibrando por cada desafio e conquista.

Agradeço aos meus amigos e colegas de trabalho por todo o incentivo e ajuda, em especial a Bruna Falcão, Pabline e Dayse pelas inúmeras dicas nesse processo. Agradeço também a minha coordenadora Bruna Andrade pela flexibilidade e assistência durante esses anos de trabalho e estudo conciliados.

Ao meu professor e orientador, Dr. João Batista Santos Garcia, por acreditar no meu potencial e depositar em mim sua confiança, além de me repassar um pouco do seu enorme conhecimento, muito obrigado.

Agradeço às equipes do Hospital do Câncer Aldenora Bello e Hospital do Câncer do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho pelo acolhimento e suporte nesta pesquisa. Agradeço também à Universidade Federal do Maranhão, em nome do Programa de Pós Graduação em Saúde do Adulto, por todo o apoio.

“Curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre.”

Oliver Holme

## RESUMO

**Introdução:** O câncer representa um grave problema de saúde pública no Brasil, onde mais da metade dos pacientes são diagnosticados em estágio avançado da doença. A racionalização de medidas terapêuticas deve tomar lugar de destaque no seguimento destes pacientes, uma vez que prolongar o processo já iniciado de morte pode gerar sofrimento desnecessário. O objetivo deste estudo é avaliar as intervenções invasivas realizadas em pacientes com câncer avançado internados em UTI. **Metodologia:** Estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, realizada com pacientes portadores de câncer avançado e internados em UTIs de hospitais oncológicos, no Estado do Maranhão. Foram utilizadas as escalas de Supportive And Palliative Care Indicators (SPCIT) para avaliar a indicação de CP, Eastern Cooperative Oncologic Group/Performance de Karnofsky (ECOG/KPS) e Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) para avaliação da gravidade, descrição dos procedimentos invasivos realizados e aplicação da pergunta surpresa. A associação entre os dados obtidos foi testada através dos testes de qui-quadrado, regressão logística, regressão de Poisson e curva de sobrevivência. **Resultados:** As principais características encontradas nessa amostra foram: a maioria de adultos/idosos, câncer ginecológico (22,7%), trato gastrointestinal (22,7%) e mama (13,8%), com metástase (90,0%), quimioterapia paliativa (65,3%), SPICT positivo (99,0%), graves com escore 4 de KPS/ECOG (61,0%) e com escore 6 no ICC (93,0%), com 85,0% de resposta “Não” para a pergunta surpresa e associação de significância com o desfecho óbito, além de estarem sem acompanhamento dos CP (96,0%) e sem diretivas de vontades (99,0%). Sonda vesical de demora (SVD), acesso venoso central (CVC), ventilação mecânica (VM) e droga vasoativa (DVA) foram os procedimentos invasivos mais realizados, com SVD como fator de proteção e razão de chance (OR) de 0,23 e VM como fator de risco e OR de 3,39 para óbito. Na regressão de Poisson a VM apresentou uma razão de prevalência (RP) de 197,0% e DVA de 162,0% para o desfecho óbito. A média de internação dos pacientes foi de 10,3 dias e 54,5% evoluíram para óbito. **Conclusões:** Conclui-se que os pacientes com câncer avançado, metastático, com critérios de elegibilidade para CP, considerados graves foram encaminhados a UTI e submetidos a procedimentos invasivos como SVD, CVC, DVA, VM e mesmo assim 54,5% evoluíram a óbito em poucos dias de internação. Além de não ter sido solicitado avaliação/acompanhamento pela equipe de CP.

**Palavras chaves:** Neoplasias, Cuidados Paliativos, Unidades de Terapia Intensiva.



## ABSTRACT

**Introduction:** Cancer represents a serious public health problem in Brazil, where more than half of patients are diagnosed at an advanced stage of the disease. The rationalization of therapeutic measures must take pride of place in the follow-up of these patients, since prolonging the process of death that has already begun can generate unnecessary suffering. The objective of this study is to evaluate invasive interventions performed on patients with advanced cancer admitted to the ICU. **Methodology:** Observational, cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out with patients with advanced cancer and admitted to ICUs of oncology hospitals, in the State of Maranhão. The Supportive And Palliative Care Indicators (SPCIT) scales were used to evaluate the indication for PC, Eastern Cooperative Oncologic Group/Karnofsky Performance (ECOG/KPS) and Charlson Comorbidity Index (CCI) to evaluate severity, description of procedures invasive procedures carried out and application of the surprise question. The association between the data obtained was tested using the chi-square test, logistic regression, Poisson regression and survival curve. **Results:** The main characteristics found in this sample were: the majority of adults/elderly, gynecological cancer (22.7%), gastrointestinal tract (22.7%) and breast (13.8%), with metastasis (90.0%), palliative chemotherapy (65.3%), positive SPICT (99.0%), severe with KPS/ECOG score 4 (61.0%) and ICC score 6 (93.0%), with 85, 0% “No” response to the surprise question and association of significance with the death outcome, in addition to being without PC monitoring (96.0%) and without directives of wishes (99.0%). Indwelling urinary catheter (SVD), central venous access (CVC), mechanical ventilation (MV) and vasoactive drug (VAD) were the most commonly performed invasive procedures, with SVD as a protective factor and odds ratio (OR) of 0.23 and MV as a risk factor and OR of 3.39 for death. In the Poisson regression, MV presented a prevalence ratio (PR) of 197.0% and DVA of 162.0% for the outcome death. The average hospitalization of patients was 10.3 days and 54.5% died. **Conclusions:** It is concluded that patients with advanced, metastatic cancer, with eligibility criteria for PC, considered serious, were referred to the ICU and underwent invasive procedures such as SVD, CVC, DVA, MV and even so, 54.5% died within a few days of hospitalization. In addition, no evaluation/monitoring was requested by the CP team.

**Keywords:** Neoplasms, Palliative Care, Intensive Care Units.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sócio demográficas.....	28
Tabela 2 - Distribuição de frequência do perfil clínico.....	29
Tabela 3 - Distribuição das escalas de gravidade.....	30
Tabela 4 - Associação entre a pergunta surpresa e o desfecho.....	30
Tabela 5 - Distribuição do acompanhamento em CP, procedimentos invasivos realizados e desfecho .....	31
Tabela 6 - Regressão logística univariada e multivariada das variáveis independentes procedimentos invasivos realizados e a variável dependente óbito.....	32
Tabela 7 - Parâmetros da Regressão de Poisson com estimação robusta das variáveis independentes procedimentos invasivos em relação a variável dependente óbito.....	32
Tabela 8 - Análise de sobrevivência dos pacientes em relação procedimento utilizado.....	33
Tabela 9. Regressão logística univariada entre as variáveis ECOG/KPS, variáveis clínicas e o desfecho.....	35

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estratificação CP e plano de cuidados.....	19
Figura 2 - Fluxograma de coleta de dados.....	26

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANCP	Agência nacional de cuidados paliativos
ATB	Antibiótico
AL	Acelerador nuclear
CP	Cuidados paliativos
CFM	Conselho federal de medicina
COFEN	Conselho federal de enfermagem
CVC	Acesso venoso central
DVA	Droga vasoativa
DM	Diabetes mellitus
ECOG	Eastern Cooperative Oncologic Group
GTT	Gastrostomia
HD	Hemodiálise
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HCAB	Hospital do Câncer Aldenora Bello
IAHPC	International Association for Hospice and Palliative Care
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IAM	Infarto agudo do miocárdio
ICC	Índice de Comorbidade de Charlson
JJT	Jejunostomia
HCTLF	Hospital de Câncer do Maranhão - Dr. Tarquínio Lopes Filho
KPS	Performance de Karnofsky
NPT	Nutrição parenteral

NE	Nutrição enteral
ONGs	Organizações não governamentais
OR	Odds ratio
RCP	Ressuscitação cardiopulmonar
SVD	Sonda vesical de demora
SNE	Sonda nasoenteral
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
SPICT-BR	Supportive And Palliative Care Indicators
TNM	Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UICC	União Internacional para Controle do Câncer
UTI	Unidade de terapia intensiva
UNICEUMA	Centro Universitário do Maranhão
VM	Ventilação mecânica
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REFENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Câncer .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1.1</b>	<b>Câncer avançado .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1.2</b>	<b>Cuidados paliativos e doença avançada .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.2</b>	<b>Cuidado paliativo precoce .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.3</b>	<b>Cuidado paliativo complementar .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.4</b>	<b>Cuidado paliativo predominante .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.5</b>	<b>Cuidado paliativo exclusivo.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2</b>	<b>Unidade de terapia intensiva.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.1</b>	<b>UTI e cuidados paliativos .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Limitações do suporte de vida .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2.3</b>	<b>Implicações éticas em suspender medidas invasivas .....</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral: .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos: .....</b>	<b>24</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2</b>	<b>Período e Local do Estudo .....</b>	<b>25</b>
<b>4.3</b>	<b>População do Estudo.....</b>	<b>25</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de Dados .....</b>	<b>25</b>
<b>4.4.1</b>	<b>Estratificação e definição da linha de cuidados. ....</b>	<b>26</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Avaliação dos níveis de gravidade.....</b>	<b>26</b>
<b>4.4.3</b>	<b>Procedimentos invasivos e previsão de morte. ....</b>	<b>27</b>
<b>4.4.4</b>	<b>Perfis clínico-epidemiológico e sociodemografico .....</b>	<b>27</b>
<b>4.5</b>	<b>Aspectos Éticos .....</b>	<b>27</b>
<b>4.6</b>	<b>Análise estatística .....</b>	<b>27</b>
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>44</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>45</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>51</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>56</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os crescentes avanços científicos e tecnológicos em saúde pública contribuem para grandes conquistas contra o câncer, porém se mostram insuficientes para reduzir sua incidência na população. Anualmente em nível global mais de 14 milhões de pessoas são diagnosticadas com câncer e estima-se 21 milhões de casos para o ano de 2025, com uma perspectiva de triplicarem em 2030, chegando a um aumento de 63% até 2040, o que torna o câncer um grave problema de saúde pública<sup>1-3</sup>. A cura torna-se mais difícil com o diagnóstico tardio, levando a uma redução das chances de sobrevivência, que diante da impossibilidade de reversão da doença necessitam de medidas de conforto, melhoria na qualidade de vida e alívio da dor<sup>4</sup>.

Nessa perspectiva, os cuidados paliativos (CP) tornam-se estratégias importantes frente a esses pacientes. Os CP são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionados à saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida<sup>5</sup>. Objetivo dos CP é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores, proporcionando a pacientes em que a doença não responde ao tratamento curativo, o alívio do sofrimento, da dor, melhora da qualidade de vida, assim como o apoio a sua família durante todo o processo incluindo a morte e o luto<sup>6</sup>.

Ao contrário da filosofia dos cuidados paliativos, a distanásia, também conhecida como obstinação terapêutica é fruto do avanço técnico científico empregado na saúde humana com o objetivo de controlar e prolongar, excessiva e quantitativamente o processo de morte ora iniciado, em que o estado de terminalidade já foi constatado, ao submeter o paciente a um sofrimento extremo por uma exaustiva utilização de procedimentos e medicamentos<sup>7</sup>.

Assim, a equipe de terapia intensiva se depara com a tomada de decisão em manter ou suspender intervenções desnecessárias, e em contrapartida os profissionais de saúde de outros setores enfrentam dificuldades com a aceitação

do prognóstico, levando a solicitações de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) a pacientes em fase terminal<sup>3</sup>.

Em geral, a grande maioria dos óbitos ocorre nos hospitais, e muitos desses em UTI, sendo 50% destes pacientes com doenças graves e avançadas, onde a assistência prestada pode tornar-se ineficaz e conseqüentemente desnecessária. A tomada de decisões quanto ao prognóstico e restrições do tratamento faz dos CP importante estratégia para reduzir o número de internações e ou intervenções inadequadas em terapia intensiva<sup>8</sup>.

A UTI é um local dotado de tecnologia com a finalidade de melhorar o quadro clínico e evitar a morte. No entanto, se faz necessário uma análise criteriosa quando esse cuidado é ofertado ao paciente em CP, a fim de estabelecer um balanço entre a melhor qualidade de vida e o prolongamento do sofrimento. É preciso uma interação entre os CP e cuidados intensivos buscando uma harmonia entre a promoção da qualidade de vida e o alívio do sofrimento, através um de cuidado direcionado às necessidades do cliente e sua família<sup>3</sup>.

Vale ressaltar que a UTI não deve apenas oferecer um tratamento invasivo e agressivo, mas sim orientar e ajudar aos pacientes e familiares a escolherem e tomarem as decisões corretas. A presença de uma equipe multidisciplinar em CP é critério de acreditação para a escolha dos melhores centros médicos, visto que os CP em UTI proporcionam suporte ao núcleo paciente/família oferecendo um ambiente mais confortável e até mesmo o respeito pela morte<sup>9</sup>.

Atualmente a limitação do suporte de vida está amparada pela lei e pelos códigos de ética dos profissionais de saúde que podem exercer as ações necessárias à aplicabilidade dos CP. A dignidade humana na morte é garantida na constituição brasileira, assim como a resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) autoriza a suspensão de tratamentos desnecessários e ineficazes frente a doenças terminais<sup>9,10</sup>. Dessa forma, insistir em submeter pacientes terminais a longas internações em UTI torna-se contraditório à abordagem paliativista<sup>3,11</sup>.



A equipe de saúde precisa entender que a morte não é sinônimo de incompetência, e que mesmo nessa fase do tratamento se faz necessário o cuidado e a manutenção da dignidade humana, transformando assim o sentimento de impotência em aceitação da terminalidade da vida, proporcionando os últimos momentos de um cuidado humanizado<sup>3,12</sup>.

Diante do exposto, a assistência em saúde frente a pacientes com câncer terminal em UTI é um grande desafio. Nesse cenário observa-se a dificuldade das equipes de saúde, ausência do tema CP nas graduações, como também a ausência de pesquisas e estudos de grande impacto com esta temática no Estado do Maranhão, justificando assim a necessidade deste estudo, que tem por objetivo avaliar as intervenções invasivas realizadas em pacientes com câncer avançado em CP.

# 1 REFERENCIAL TEÓRICO

## 1.1 Câncer

### 1.1.1 Câncer avançado

Sabe-se que uma estratégia importante no combate ao câncer é o diagnóstico e tratamento precoce, dois mecanismos que aliados configuram uma ferramenta poderosa, uma vez que identificar precocemente a resposta positiva ao tratamento é mais fácil e conseqüentemente leva a um aumento da sobrevivência e diminuição das taxas de mortalidade<sup>13</sup>. As projeções para o ano de 2023 no estado do Maranhão são de 12.060 novos casos, sendo mais prevalente entre os homens, com maiores registros para os de próstata nos homens e mama nas mulheres. E na capital São Luís estima-se 2770 novos registros no ano de 2023 com destaque para o de próstata nos homens e de mama nas mulheres seguindo assim o padrão nacional<sup>14</sup>.

A Organização Pan-americana da Saúde reconhece dois componentes para uma detecção precoce. O primeiro, diagnóstico precoce realizado a partir da conscientização e facilidade de acesso à saúde; Avaliação clínica eficaz com exames diagnóstico e preparação e então acesso ao tratamento. O segundo, rastreamento que busca reconhecer alterações suspeitas de um possível câncer antes mesmo do aparecimento dos sintomas e então direcionar o paciente para os serviços de diagnósticos e tratamentos<sup>13</sup>.

O Tribunal de Contas da União apontou mediante relatório levantado após denúncias feitas por Organizações não Governamentais (ONGs), que o tempo médio na rede pública de saúde para o diagnóstico do câncer no Brasil é de 270 dias, o que leva a aproximadamente 80% das pessoas a iniciarem o tratamento em estágios avançados. Ainda neste relatório, após cruzamento dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e das ONGs e entrevistas, apontou-se que 55,5% dos pacientes iniciaram o tratamento tardiamente<sup>15</sup>.

Realidade que vai na contramão da Política Nacional para Prevenção do Câncer que tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer e a possibilidade de diminuir a incidência, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, utilizando-se de práticas de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos<sup>16</sup>. O diagnóstico precoce é altamente importante e necessário em todas as doenças, porém no câncer suas ações e melhorias são notáveis, proporcionando cuidados no momento mais adequado. Na falta deste, o diagnóstico é feito tardiamente, onde o tratamento curativo deixa de ser uma opção frente ao estágio avançado da doença.

Realizar o estadiamento do câncer se faz necessário diante da necessidade de conhecimento do nível de acometimento da doença, que assim servirá de guia nas ações de tratamento de cada indivíduo, uma vez que em estágios iniciais onde a doença está apenas no órgão primário as chances de sobrevida e estratégia de tratamento são diferentes de quando se tem acometimento de órgãos a distância<sup>14,17</sup>.

O sistema de estadiamento atualmente mais utilizado é denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos (TNM), sistema esse reconhecido e estabelecido pela União Internacional para Controle do Câncer (UICC), que tem por objetivos auxiliar os profissionais médicos na escolha e planejamento do tratamento; indicar de alguma forma o prognóstico; auxiliar na avaliação dos tratamentos escolhidos; facilitar a troca de informações entre os hospitais e contribuir para a constante pesquisa em oncologia<sup>17</sup>.

Os gastos com saúde pública no Brasil são elevados, e uma vez que a doença avança, estudos mostram que esses gastos são ainda maiores. Um estudo observacional realizado no México mostrou um aumento considerável nos custos do tratamento com câncer de mama avançado em relação aos de estágios iniciais<sup>18</sup>, o que evidencia ainda mais a importância de um diagnóstico precoce.

O entendimento do papel auxiliador dos CP para além das doenças crônicas devem sempre ser esclarecido, uma vez que a funcionalidade do

paciente também é considerada um ponto forte, a fim de uma mudança adequada e oportuna dos objetivos do tratamento curativo, conservador ou paliativo, sempre buscando a melhor qualidade de vida assim como a de morte<sup>19,20</sup>. A avaliação do paciente para definição do prognóstico assim como sua indicação para encaminhamento à UTI perpassa por uma fina análise que inclui desde sua idade até suas comorbidades, como casos graves de insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, casos de dependência de oxigenoterapia e acometimento hepático grave por exemplo<sup>19</sup>.

Em pacientes hematológicos os principais sintomas clínicos de agravamento são a citopenia grave, que ocasiona baixa funcionalidade e sofrimento, sintomas esses associados principalmente a quimiossensibilidade<sup>21</sup>. Os momentos associados a maior ocorrência de transferência de paciente com câncer avançado a UTI são: Evento agudo sem correlação a doença de base, pacientes em CP precoces ou complementares que necessitam de terapias, cuidados paliativos exclusivos com sintomas geradores de grande desconforto que só podem ser controlados em UTI, pacientes em fase terminal mais que ainda não tiveram prognóstico definido e comunicados à família. Faz-se necessário, na admissão na UTI, a realização do acolhimento e esclarecimento da situação atual do paciente e posterior comunicação à família, para adoção ou suspensão de medidas<sup>22</sup>.

### **2.1.2 Cuidados paliativos e doença avançada**

Conceituado no ano de 2002 como uma linha de cuidado com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de uma doença ameaçadora da vida, utilizando-se de mecanismos de prevenção, acompanhamento precoce, proporcionando alívio do sofrimento, avaliação contínua, tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais<sup>24</sup>.

Posteriormente, a International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) em parceria com outros profissionais, acordaram uma definição como sendo um cuidado holístico de indivíduos de várias idades, que enfrentam

sofrimento relacionados às doenças graves e daqueles próximos ao fim da vida, com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores<sup>25</sup>.

A assistência da equipe de CP deve ser solicitada e iniciada logo após o surgimento de uma doença potencialmente ameaçadora da vida, para atuar junto com as ações terapêuticas curativas. E uma vez que as medidas de caráter curativos não sejam mais eficazes, a atuação dos CP deve tornar-se protagonista do cuidar, a fim de ir além da promoção da qualidade de vida, como também a redução de internações hospitalares<sup>23</sup>.

O CP está inserido nas ações da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer em todos os níveis de atenção<sup>15,23</sup>. Assim como no ano de 2018 a Resolução CIT nº 41, normatizou a disponibilidade dos CP nos cuidados integrados no SUS, a fim de garantir a implementação em todas as fases do tratamento, inclusive no fim da vida<sup>24</sup>.

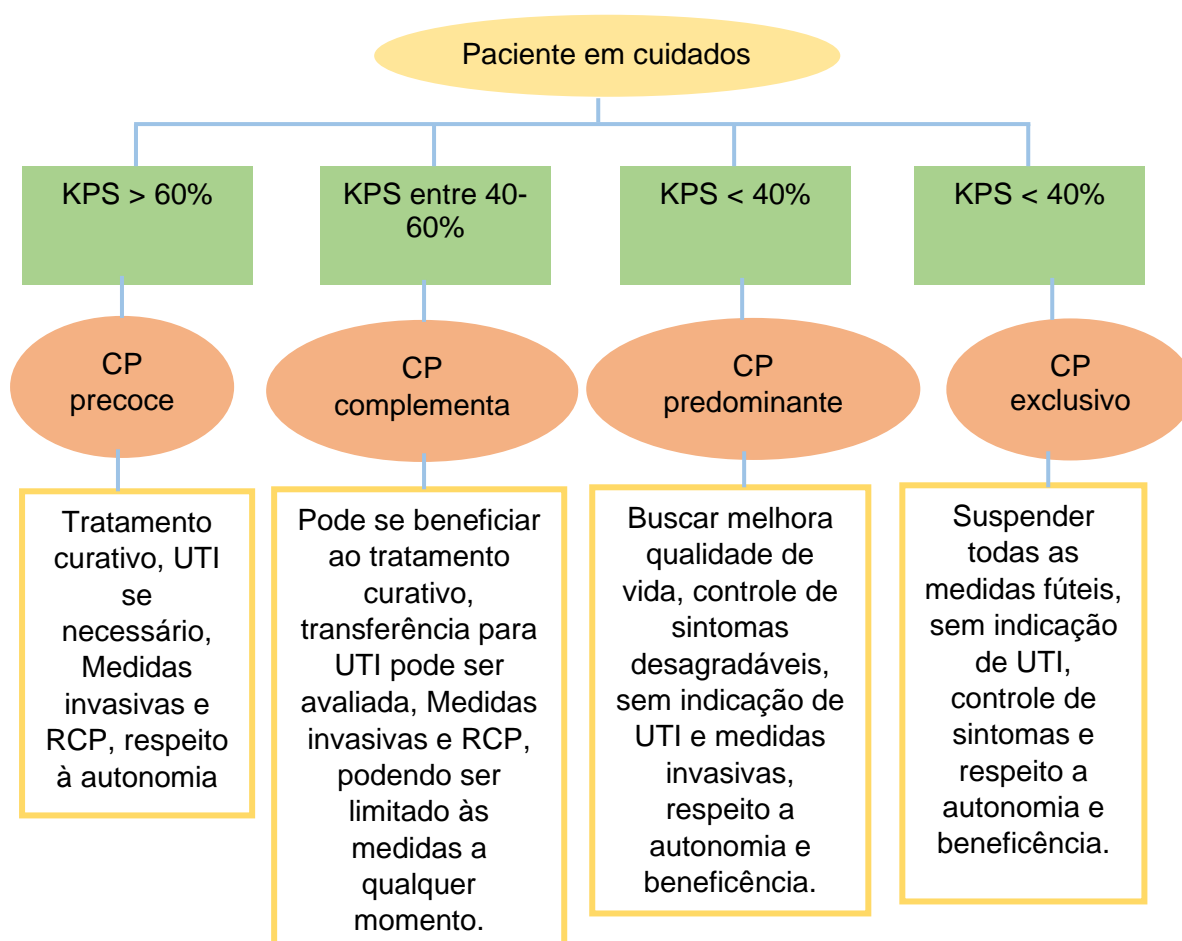
Pesquisa realizada em parceria pela Worldwide Hospice Palliative Care Alliance e a World Health Organization (WHO) relata um aumento da oferta de serviços em CP globalmente, porém ainda aquém da necessidade da população. No mesmo estudo, o Brasil mudou de categoria, alcançando uma melhor posição, porém com o mesmo problema de insuficiência para a demanda, além da escassa distribuição geográfica desse serviço. Sendo assim a necessidade de reestruturação e criação de mais centros de CP, assim como um maior treinamento das equipes seguem sendo necessários<sup>26</sup>.

Os princípios norteadores dos CP são: promover alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal; não acelerar nem adiantar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quando possível, até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas

de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes<sup>24</sup>.

A estratificação dos CP é subdividida em grupos, a fim de uma uniformização do manejo e cuidados individualizados prestados ao paciente em, assim como um plano de orientação a toda a equipe de assistência, mantendo o apoio constante ao paciente e família em todas as etapas do tratamento, valorizando ainda toda a história natural da doença, como também os aspectos pessoais, emocionais, culturais e fisiológicos. Os níveis de estratificação do CP (Figura 1) são divididos em: CP precoce, CP complementar, CP predominante e CP exclusivo. Cada um dos níveis de estratificação demanda cuidados direcionados, nesta pesquisa abordaremos apenas os níveis CP predominantes e exclusivos, visto que os mesmos não possuem a indicação de UTI<sup>19,27</sup>.

**Figura 1** – Estratificação CP e plano de cuidados.



Fonte: (Elaborado pelo autor).

### **2.1.2 Cuidado paliativo precoce**

Oferecido à paciente com estado funcional bom realizando os cuidados curativos e ou de restauração da saúde, sendo realizada a transferência e internação em UTI, assim como o emprego de medidas invasivas, Ressuscitação cardiopulmonar entre outras<sup>19,27</sup>.

### **2.1.3 Cuidado paliativo complementar**

Destinado a pacientes com estado funcional intermediário, onde a resposta ao tratamento curativo pode não ser alcançada de forma satisfatória, mas existe a possibilidade de medidas invasivas serem empregadas e gerarem benefícios, dessa forma a internação em UTI deve ser avaliada assim como a submissão a procedimentos invasivos. Respeitando sempre o desejo e autonomia do paciente e familiares. Podendo inclusive a adoção de suspensão ou limitação terapêutica<sup>19,27</sup>.

### **2.1.4 Cuidado paliativo predominante**

Cuidado destinado a pacientes com baixa funcionalidade, que apresentam os critérios de doença ameaçadora da vida e consequente irreversibilidade, onde os cuidados são direcionados a melhora da qualidade de vida, controle de sintomas desagradáveis, com adoção dos princípios da autonomia e não maleficências, não sendo indicado internações em UTI assim como medidas invasivas, sempre respeitando os desejos do paciente e familiares<sup>19,27</sup>.

### **2.1.5 Cuidado paliativo exclusivo**

Pacientes em final de vida, com baixa funcionalidade, presença de metástase, queda acentuada do estado geral, apresentando rebaixamento do

nível de consciência e comprometimento cardíaco e pulmonar. Momento de suspender todas as medidas consideradas fúteis, sem indicação de encaminhamentos à UTI, mantendo apenas as medidas de conforto, controle de dor e apoio social e espiritual, como também apoio integral ao paciente e família<sup>19,27</sup>.

## **2.2 Unidade de terapia intensiva**

### **2.2.1 UTI e cuidados paliativos**

Ressalta-se que apenas os pacientes em cuidados paliativos precoces e complementares possuem a indicação de internação em UTI<sup>19,27</sup>. Diante disso, após uma avaliação detalhada das condições clínicas e prognóstico do paciente, quando se faz necessário um suporte avançado os mesmos devem ser encaminhados à UTI.

Procedimentos como ventilação mecânica (VM), drogas vasoativas (DVA), hemodiálise (HD) e ressuscitação cardiopulmonar (RCP), são medidas destinadas a regular o funcionamento do organismo na ausência de capacidade de alguns órgãos e sistemas, sendo as mesmas classificadas como medidas invasivas que não estão diretamente ligadas ao tratamento de uma doença em específico, podendo então proporcionar condições cruciais de expectativa de vida<sup>24</sup>.

Existe uma enorme discussão quando se é preciso conciliar CP, medidas invasivas e medidas de conforto, dessa forma definir sobre o benefício ou não da internação em UTI se configura como uma difícil tarefa<sup>20</sup>. Uma vez que internações em UTI também desencadeiam aspectos desagradáveis, como dor, sede, ansiedade, distanciamento familiar, que por vezes perduram mesmo após a alta<sup>28</sup>.

Dessa forma a assistência da equipe de CP se torna primordial na assistência a pacientes que necessitam desse cuidado em UTI, estando associado ao envolvimento precoce da família com reconhecimento do quadro



clínico e prognósticos dos seus pacientes, assim como diminuição do tempo de internação, além de atuar no alívio de sintomas desagradáveis, determinação das linhas de cuidado, sem contribuir para a mortalidade<sup>28</sup>.

O emprego de tecnologia e recursos avançados são utilizados em UTI, o que pode não ser um desejo do paciente e ou família, onde muitas vezes com a gravidade da doença não responde de forma satisfatória, onde o processo de morte torna-se inevitável. Nessa interface tem-se duas realidades: A de reversão do quadro clínico e recuperação da saúde, ou o paciente que será considerado fora de possibilidade terapêutica, necessitando assim de limitação do suporte de vida<sup>29</sup>.

A resolução do CFM nº 2156/2016 diz que o tratamento de pacientes com doença irreversível em fase avançada não deve ser realizado em UTI e sim tratados em outras unidades de internação, principalmente as unidades de cuidados paliativos, disponibilizando todas as terapêuticas necessárias a um tratamento com dignidade e sempre levando em consideração a vontade da família e paciente, abrindo mão de procedimentos considerados inúteis e obstinados<sup>30</sup>. Argumento este reforçado pelo código de ética médica e pela resolução do CFM nº 1805/2006 que normatizam a limitação do suporte de vida, assim como a suspensão de procedimentos considerados desnecessários<sup>10</sup>.

### **2.2.2 Limitações do suporte de vida**

A manutenção de tratamentos e ressuscitação cardiopulmonar, era realizada mesmo após evoluções com prognósticos ruins, porém hoje a limitação de suporte de vida é uma realidade, já que o código de ética médica e de enfermagem regulamentaram essa prática. Pois identificar quando um tratamento se torna inútil, pode garantir um processo de morte mais digno e menos doloroso<sup>29</sup>.

Segundo a Agência Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) quando identificado que as medidas intensivas não são mais benéficas e mesmo assim são empregadas, torna o processo de morte mais doloroso. Neste momento

precisa ser reavaliado e substituído por medidas de conforto, não se oferecendo mais suporte avançado, não adicionado novas medidas ou até mesmo suspendendo as já empregadas<sup>24</sup>.

Quatro motivos sustentam a limitação do suporte de vida: a futilidade das terapias diante do quadro do paciente; as condições inadequadas de vida previstas; agressividade do tratamento incompatível com a capacidade do paciente; e o desejo do paciente ou familiares de suspender o tratamento. Este último é considerado essencial no plano terapêutico, uma vez que se deve respeitar a vontade da pessoa e de seu representante legal<sup>29</sup>.

Dessa forma, as agências médicas internacionais, nacionais e bioéticas afirmam que as medidas quando se tornarem ineficazes e não consistirem benéficas, prologando assim o processo de morte com sofrimento, retirá-las ou suspendê-las não se configura em eutanásia. Permitindo então um processo de morte natural, sem dor e sofrimento<sup>24</sup>.

### **2.2.3 Implicações éticas em suspender medidas invasivas**

Em vários países os debates sobre questões éticas quanto à retirada ou suspensão de suporte avançado de vida são realizados desde a década de 90, enquanto no Brasil, Índia, Itália, Espanha e França os debates são mais recentes, sendo em todos a legalidade e aceitação ética e jurídica desse processo uma unanimidade<sup>24</sup>.

A resolução de 2006 do CFM autoriza ao médico a suspensão ou limitação de medidas invasivas, quando se referir a doentes em fases terminais, com doenças incuráveis, permitindo uma morte digna e sem sofrimento, pois eticamente na ausência de benefício a ortotanásia pode ser realizada dentro dos preceitos desta resolução<sup>20</sup>. Assim como o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamenta o novo Código de Ética de Enfermagem, que traz em seu artigo 42 o respeito ao direito do exercício da autonomia da pessoa ou seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, respeitando os princípios éticos e legais, assim como respeitar as diretivas de vontade<sup>31</sup>.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral:**

- Avaliar as intervenções invasivas realizadas em pacientes com câncer em estágio avançado em cuidados paliativos.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Identificar os critérios de elegibilidade para cuidados paliativos em pacientes internados em UTI.
- Identificar e analisar os pacientes com câncer avançado e os seus níveis de gravidade.
- Descrever e analisar os procedimentos invasivos realizados em pacientes com câncer avançado.
- Identificar a taxa de mortalidade dos pacientes em UTI com doença oncológica avançada, correlacionando com os procedimentos invasivos realizados.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa.

### **4.2 Período e Local do Estudo**

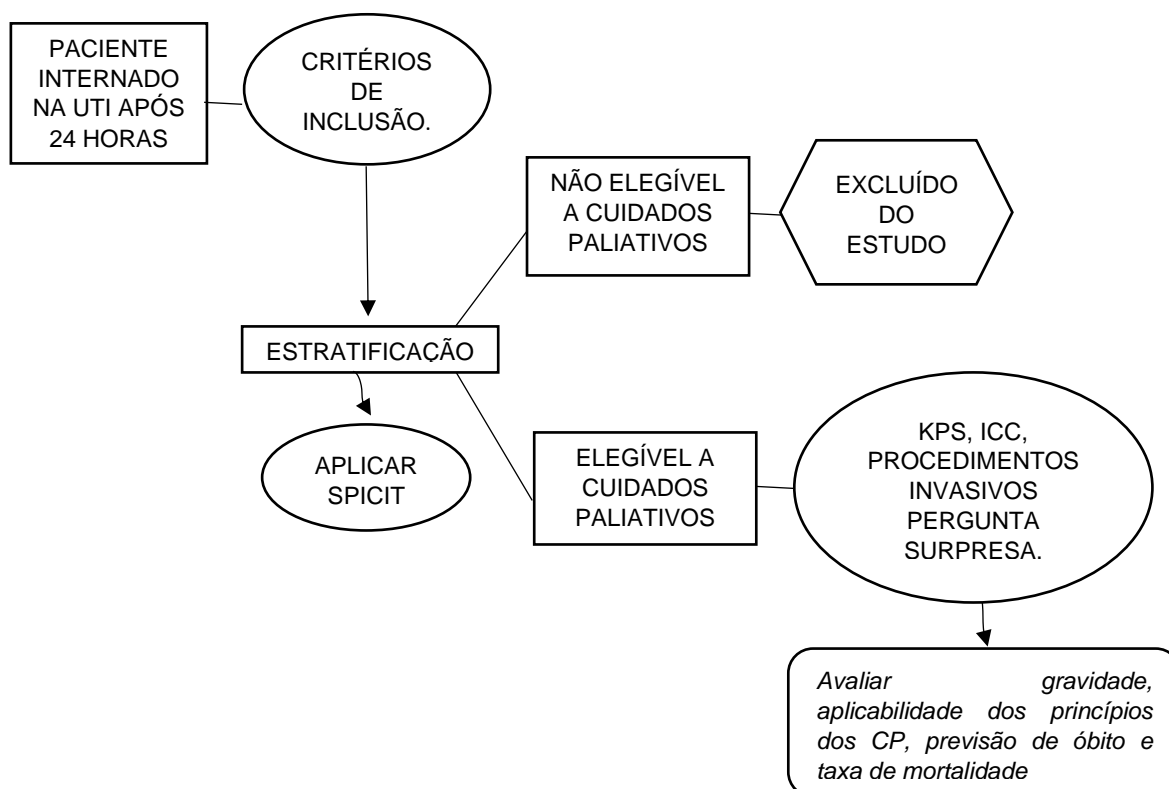
A pesquisa foi desenvolvida no Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB) e no Hospital de Câncer do Maranhão - Dr. Tarquínio Lopes Filho (HCTLF), ambos localizados em São Luís do Maranhão, no período de novembro de 2022 a novembro de 2023 nas UTI's dos respectivos hospitais.

### **4.3 População do Estudo**

A amostra do estudo foi composta por 101 pacientes internados em UTI maiores de 18 anos, com diagnóstico clínico, confirmação ou aguardando confirmação histopatológica com presença de metástase, que realizam ou realizaram quimioterapia e ou radioterapia paliativa, classificados em CP predominantes e exclusivos ou (SPICT-BR) Supportive And Palliative Care Indicators positivo e que aceitaram participar com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo D), a amostra foi do tipo não probabilística por conveniência.

E não foram incluídos os menores de 18 anos, que estejam em quimioterapia adjuvante, neoadjuvantes, em CP precoces e complementares ou que recusaram participar da pesquisa.

### **4.4 Coleta de Dados**

**Figura 2** – Fluxograma de coleta de dados.

Fonte: Elaborada pelo autor.

#### 4.4.1 Estratificação e definição da linha de cuidados.

Os pacientes internados em UTI nos hospitais do estudo foram submetidos aos critérios de inclusão, a partir de dados presentes em prontuário eletrônico. Os que se encaixaram nos critérios, para reafirmação da linha de cuidados foram submetidos a aplicação do SPICIT-BR (Anexo B), classificando-os em CP ou não.

#### 4.4.2 Avaliação dos níveis de gravidade

Para a classificação dos níveis de gravidade a partir das informações disponíveis nos prontuários eletrônicos e quando possível em conversa com os pacientes e ou acompanhante foram aplicadas as escalas de Eastern Cooperative Oncologic Group (ECOG), Performance de Karnofsky (KPS) e do Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) (Anexo A). A escala de Karnofsky a

partir das inaptidões e do grau de debilidade realiza uma classificação que possibilita identificar a efetividade das intervenções terapêuticas assim como a definição de prognósticos e o índice de Charlson avalia as comorbidades e a mortalidade por causas diversas em um intervalo de 1 a 10 anos<sup>32,33</sup>.

#### **4.4.3 Procedimentos invasivos e previsão de morte.**

A partir dos dados contidos nos prontuários, foram registrados por meio de um instrumento padrão (Apêndice A), os procedimentos invasivos realizados durante a internação para a previsão de morte, foi aplicado ao médico da rotina diária de plantão a “pergunta surpresa”: Você ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos 6 meses? (Apêndice B). Os pacientes foram acompanhados até a alta e ou óbito na UTI.

#### **4.4.4 Perfil clínico-epidemiológico e sociodemográfico**

Foram coletados a partir dos dados contidos em seus prontuários e quando necessário através de entrevista com o paciente e ou familiares, utilizando instrumento padrão (Apêndice C). Todos os dados obtidos foram tabulados e inseridos em tabelas do Software Excel versão 2013.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

O projeto obedeceu às prerrogativas da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. E foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário do Maranhão – UNICEUMA, sob parecer 5.459.083 e CAAE 58147521.9.0000.5084 (Anexo C). Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram o TCLE (Anexo D).

#### **4.6 Análise estatística**

Todos os dados foram analisados usando o programa estatístico *IBM SPSS Statistics 22* (2013). Inicialmente, para se ter um perfil da amostra foi realizada a análise estatística descritiva das variáveis categóricas através de tabelas de frequência. Em seguida para se avaliar a associação da pergunta surpresa assim como as variáveis classificatórias e o desfecho (alta ou óbito) foi realizado o teste de Qui-quadrado de independência ( $\chi^2$ ). Posteriormente para avaliar o efeito dos procedimentos invasivos e a variável dependente desfecho foi feito o teste de Qui-quadrado e regressão logística univariada, em seguida, os procedimentos invasivos que foram selecionados foram para regressão logística multivariada tendo como critério de seleção  $p < 0,20$  e para avaliação da razão de prevalência entre os procedimentos invasivos e o desfecho utilizou-se a regressão de Poisson com estimação robusta com o nível de significância (alfa) de 0,05. Foi realizada ainda a curva de sobrevida em relação a utilização dos procedimentos. E por fim um teste de regressão logística entre as variáveis clínicas com a variável dependente desfecho. Em todos os testes de regressão foram avaliados o odds ratio (OR) e ou razão de prevalência (RP).

## 5. RESULTADOS

Participaram da pesquisa 102 pacientes sendo incluídos 101 pacientes internados em UTI nos hospitais do estudo. As variáveis sociodemográficas estão descritas na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sócio demográficas

<b>Sócio demográficas</b>		<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>	20-59	50	49,5
	> 60	51	50,5
<b>Gênero</b>	Masculino	51	50,5
	Feminino	50	49,5
<b>Estado civil</b>	Solteiro	36	35,6
	Casado	43	42,5
	União Estável	6	5,9
	Divorciado/Separado	7	6,9
	Viúvo	9	8,9
<b>Procedência</b>	Capital	33	32,7
	Interior	68	67,3
<b>Cor</b>	Branca	14	13,8
	Parda	83	82,1
	Preta	4	3,9
<b>Renda</b>	Sem Renda Fixa	60	59,4
	1 a 3 salários	39	38,6
	>3 salários	2	2,0
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	32	31,6
	Ensino Fundamental	33	32,6
	Ensino Médio	26	25,7
	Ensino Superior	10	9,9

Fonte: Elaborada pelo autor.

Houve um maior registro de pacientes com câncer ginecológico (28,7%), trato gastrointestinal (22,7%) e mama (13,8%), no histopatológico um maior número de carcinoma (82,0%). Observou-se presença de metástase em 90,0% dos pacientes, sendo que 71,2% realizaram cirurgias anteriores, 65,3% quimioterapia do tipo paliativa e 73,3% não realizaram radioterapia (Tabela 2).



Tabela 2. Distribuição de frequência do perfil clínico

<b>Perfil clínico</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>	
<b>Tipo de câncer</b>	Ginecológico	29	28,7
	Trato gastrointestinal	23	22,7
	Cabeça e pescoço	4	3,9
	Hematológico	8	7,9
	Mamário	14	13,8
	Urinário	6	5,9
	Pulmonar	6	5,9
	Ossos e tecidos	3	2,9
	Outros	8	7,9
	Carcinoma	83	82,0
<b>Metástase</b>	Outros	11	10,1
	Sarcoma	4	3,9
	Sem biopsia	3	2,9
	Não	10	10,0
Sim	91	90,0	
<b>Local da metástase</b>	Hepática	4	3,9
	Óssea	16	15,8
	Pulmonar	14	13,8
	Retroperitônio	9	8,9
	Sistema nervoso central	8	7,9
	Múltiplas	22	21,7
	Outros	20	19,8
	Ausente	8	7,9
<b>Cirurgias anteriores</b>	Não	29	28,8
	Sim	72	71,2
<b>Quimioterapia anteriores</b>	Não	24	23,8
	Sim	77	76,2
<b>Tipo de quimioterapia</b>	Curativa	11	10,8
	Paliativa	66	65,3
	Não realizou	24	23,7
<b>Radioterapia anterior</b>	Sim	27	26,7
	Não	74	73,3

Fonte: Elaborada pelo autor.

Dos pacientes do estudo 41,6% eram hipertensos, 24,8% diabéticos e apenas 1,0% tinham doença renal crônica. Ainda 36,7% consumiram tabaco e 39,7% álcool. Dos pacientes avaliados 99,0% apresentaram SPICT-BR positivo e 1,0% SPCIT negativo para CP. Em relação a avaliação da gravidade, a pontuação 4/30% foi a mais registrada em 61,0% na escala de ECOG/KPS e o escore >6 o mais prevalente em 93,0% no ICC (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das escalas de gravidade

		nº	%
<b>ECOG/KPS</b>	0 / 100%	1	1,0
	1 / 70-80%	5	4,9
	2 / 50-60%	15	14,8
	3 / 30-40%	17	16,8
	4 / <30%	63	62,3
<b>ICC</b>	0	2	2,0
	2	4	4,0
	4	1	1,0
	>6	94	93,0

Fonte: Elaborada pelo autor; ECOG: Eastern Cooperative Oncologic Group; KPS: O Karnofsky Performance Status; ICC: Índice de comorbidade de Chalsou.

Quanto a resposta da pergunta surpresa realizada ao médico intensivista de plantão 85,0% destes receberam a resposta “NÃO”, levando a uma previsão de morte elevada. No teste de qui-quadrado foi encontrada uma associação de significância ( $p < 0,05$ ) entre a pergunta surpresa e o desfecho, com um percentual de 63,5% de óbito quando a resposta foi NÃO (Tabela 4).

Tabela 4. Associação entre a pergunta surpresa e o desfecho

		<b>Ficaria surpreso se ele morresse nos próximos 6 meses?</b>				$\chi^2$	p
		<b>Não</b>		<b>Sim</b>			
		n	%	n	%		
<b>Desfecho</b>	<b>Alta</b>	31	36.5	15	93.7	17.81	< 0.001
	<b>Óbito</b>	54	63.5	1	6.3		

Fonte: Elaborada pelo autor. p: valor de p.

Observou-se que 96,0% dos pacientes não estavam acompanhados pela equipe de CP e 99,0% não possuíam diretivas de vontade, e que após receberem a definição de que estavam em algum nível de classificação para CP, quase a totalidade (98,0%) não foi submetido a novos procedimentos cirúrgicos (Tabela 5).

Sonda vesical de demora (SVD) (86,1%), acesso venoso central (CVC) (73,3%), ventilação mecânica (VM) (52,5%), droga vasoativa (DVA) (43,6%) e antibioticoterapia (39,6%) foram os procedimentos invasivos mais realizados durante a internação na UTI, que teve uma média de duração de 10,3 dias, com 54,5% evoluindo e óbito (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição do acompanhamento em CP, procedimentos invasivos realizados e desfecho

		nº	%
<b>Avaliação prévia/acompanhamento de CP</b>	Sim	4	4,0
	Não	97	96,0
<b>Diretivas de vontade</b>	Não	100	99,0
	Sim	1	1,0
<b>Cirurgias pós CP</b>	Não	99	98,0
	Sim	2	2,0
<b>Procedimentos realizados</b>	Ventilação Mecânica	53	52,5
	Acesso venoso central	74	73,3
	SHILLEY	10	9,9
	Hemodiálise	10	9,9
	Sonda nasointestinal	37	36,6
	Sonda vesical de demora	87	86,1
	Jejunostomia	2	2,0
	Gastrostomia	2	2,0
	Antibiótico	40	39,6
	Droga vasoativa	44	43,6
	Nutrição parenteral	1	1,0
	Nutrição enteral	2	2,0
	Nefrostomia	1	1,0
	Dreno torácico	5	5,0
<b>Quanto tempo/dias</b>	1-10	68	67,3
	11-20	17	16,8
	> 20	16	15,8
<b>Desfecho</b>	Alta	46	45,5
	Óbito na UTI	55	54,5

Fonte: Elaborada pelo autor. CP: Cuidados paliativos.

Não foi encontrado associação de dependência entre as variáveis sociodemográficas e o desfecho óbito ( $p > 0,05$ ). Também foi realizado o teste de qui-quadrado e de regressão logística entre os procedimentos invasivos realizados e o desfecho óbito, sendo encontrado que VM, CVC, Sonda nasointestinal (SNE), SVD e DVA apresentaram  $p < 0,20$ . Destes, somente a SVD apresentou um fator de proteção (OR = 0,44), enquanto que os demais foram fatores de risco para a variável óbito. Na análise multivariada a VM apresentou um fator de risco (OR = 3,39) para óbito, enquanto a SVD um fator de proteção (OR = 0,23) (Tabela 6).

Tabela 6. Regressão logística univariada e multivariada das variáveis independentes dos procedimentos invasivos realizados e a variável dependente óbito.

Procedimentos realizados	Univariada			Multivariada		
	p	OR	IC95%	P	OR	IC95%
Ventilação Mecânica	<b>&lt;0.000</b>	5.40	2.29 - 12.74	<b>0.047</b>	3.39	1.02 - 11.30
Acesso venoso Central	<b>0.031</b>	2.73	1.09 - 6.81	0.357	1.66	0.57 - 4.85
SHILLEY	0.738	1.26	0.33 - 4.75			
Hemodiálise	0.738	0.80	0.22 - 2.96			
Sonda Nasoenteral	<b>0.055</b>	2.29	0.98 - 5.35	0.711	1.21	0.44 - 3.38
Sonda vesical de demora	<b>0.191</b>	0.44	0.13 - 1.51	<b>0.049</b>	0.23	0.05 - 0.99
Jejunostomia	0.886	0.82	0.05 - 13.40			
Gastrostomia	0.999	0.00	---			
Antibiótico	0.412	0.71	0.32 - 1.60			
Droga vasoativa	<b>0.000</b>	5.67	2.33 - 13.78	0.074	2.72	0.91 - 8.18
Nutrição parenteral	1.000	0.00	---			
Nutrição enteral	0.886	0.82	0.05 - 13.40			
Nefrostomia	1.000	0.00	---			
Dreno torácico	0.495	0.53	0.08 - 3.31			

Fonte: Elaborada pelo autor. p: Valor de p; OR: Razão de chance; IC: Índice de confiança.

Foi realizado adicionalmente o teste de regressão de Poisson com estimativa robusta entre os procedimentos invasivos realizados e o óbito, foi encontrado que VM e DVA apresentaram significância ( $p < 0,05$ ). A relação das duas variáveis ocorreu de forma inversa, quanto menor o tempo de VM e ou DVA maior a chance de sobrevivência ( $\beta$ , -0,68 e -0,48) (Tabela 7).

Tabela 7. Parâmetros da Regressão de Poisson com estimação robusta das variáveis independentes procedimentos invasivos em relação a variável dependente desfecho.

Parâmetro	B	Erro Padrão	IC95% de Wald		Teste de hipótese		RP	IC95% da RP	
			Inferior	Superior	Qui-2 de Wald	p		Inferior	Superior
(Interceptação)	-0.56	0.96	-2.45	1.32	0.34	0.558	1.76	0.27	11.56
VM (sim)	<b>-0.68</b>	0.22	-1.12	-0.24	9.14	<b>0.002</b>	<b>1.97</b>	1.27	3.06
CVC (sim)	-0.28	0.27	-0.81	0.25	1.08	0.298	1.33	0.78	2.26
Shilley (sim)	0.24	0.38	-0.51	0.99	0.40	0.526	0.78	0.37	1.66
HD (sim)	-0.02	0.46	-0.91	0.87	0.00	0.967	1.02	0.42	2.49

Continua

Tabela 7. Parâmetros da Regressão de Poisson com estimação robusta das variáveis independentes procedimentos invasivos em relação a variável dependente desfecho.

Continuação									
<b>SNE (sim)</b>	-0.26	0.19	-0.64	0.12	1.75	0.186	1.29	0.88	1.89
<b>SVD (sim)</b>	0.30	0.26	-0.22	0.82	1.29	0.256	0.74	0.44	1.24
<b>JJT (sim)</b>	-0.41	0.58	-1.55	0.73	0.50	0.478	1.51	0.48	4.71
<b>ATB (sim)</b>	0.15	0.22	-0.29	0.58	0.44	0.507	0.86	0.56	1.33
<b>DVA (sim)</b>	<b>-0.48</b>	0.20	-0.87	-0.10	6.05	<b>0.014</b>	<b>1.62</b>	1.10	2.39
<b>NE (sim)</b>	0.25	0.49	-0.72	1.22	0.26	0.613	0.78	0.30	2.05
<b>DT (sim)</b>	0.35	0.50	-0.62	1.33	0.50	0.481	0.70	0.27	1.87
<b>Nº de Proced. (4-6)</b>	0.33	0.30	-0.27	0.92	1.16	0.282	0.72	0.40	1.31

Fonte: Elaborada pelo autor. B: Beta; RP: Razão de prevalência; VM: Ventilação mecânica; CVC: Acesso venoso central; HD: Hemodiálise; SNE: Sonda nasoenteral; SVD: Sonda vesical de demora; JJT: Jejunostomia; ATB: Antibiótico; DVA: Droga Vasoativa; NE: Nutrição enteral; DT: Dreno torácico.

O uso da VM apresentou uma razão de prevalência (RP) de 197% para o óbito, com um aumento de 97,0% quando comparado ao não uso, enquanto a utilização de DVA uma RP de 162% para o óbito, apresentando um aumento de 62% quando comparado ao não uso. Os procedimentos de GTT, NPT e nefrostomia não puderam ser analisados pois nenhuma estatística foi estimada, sendo então censurados.

Não foi encontrado associação de significância ( $p > 0,05$ ) quanto ao tempo de sobrevivência em relação a submissão ou não aos procedimentos invasivos (Tabela 8).

Tabela 8. Análise de sobrevivência dos pacientes em relação procedimento utilizado

<b>Médias e medianas para tempo de sobrevivência</b>											
Procedimen to	Médi a	Erro Padrã o	IC95%		Median a	Erro Padrã o	IC95%		$\chi^2$	p	
			Limite inferi or	Limite superi or			Limite inferi or	Limite superi or			
<b>VM</b>	Não	18.5	3.6	11.4	25.6	17.0	6.8	3.6	30.4	0.4	0.49
	Sim	16.5	1.7	13.2	19.8	11.0	1.7	7.7	14.3	6	6
<b>CVC</b>	Não	13.7	3.4	7.0	20.3	11.0	2.9	5.3	16.7	1.0	0.30
	Sim	17.6	1.7	14.2	21.0	13.0	3.9	5.4	20.6	5	5
<b>SH</b>	Não	16.8	1.7	13.5	20.0	11.0	1.7	7.7	14.3	0.2	0.62
	Sim	17.5	3.8	10.1	24.9	19.0	6.1	7.1	30.9	3	9

Continua

Tabela 8. Análise de sobrevivência dos pacientes em relação procedimento utilizado

										Continuação	
<b>HD</b>	Não	16.4	1.6	13.2	19.6	11.0	1.5	8.0	14.0	1.00	0.318
	Sim	19.9	3.8	12.3	27.4	19.0	9.6	0.1	37.9		
<b>SNE</b>	Não	16.5	2.1	12.4	20.6	13.0	2.2	8.7	17.3	0.24	0.624
	Sim	17.8	2.4	13.1	22.4	11.0	4.4	2.4	19.6		
<b>SVD</b>	Não	16.1	4.2	7.8	24.3	8.0	3.0	2.2	13.8	0.01	0.917
	Sim	16.9	1.7	13.6	20.2	13.0	1.7	9.7	16.3		
<b>JJT</b>	Não	17.0	1.6	14.0	20.1	11.0	1.8	7.4	14.6	0.01	0.909
	Sim	13.0	0.0	13.0	13.0	13.0					
<b>GTT</b>	Nenhuma estatística é computada porque todos os casos são censurados.										
<b>ATB</b>	Não	16.5	2.1	12.5	20.5	11.0	2.0	7.1	14.9	0.40	0.527
	Sim	17.6	2.4	12.9	22.2	13.0	1.8	9.6	16.4		
<b>DVA</b>	Não	20.2	2.8	14.7	25.7	17.0	6.5	4.4	29.6	2.66	0.103
	Sim	14.9	1.8	11.3	18.6	10.0	1.6	6.8	13.2		
<b>NPT</b>	Nenhuma estatística é computada porque todos os casos são censurados.										
<b>NE</b>	Não	17.0	1.6	13.9	20.1	11.0	1.6	7.9	14.1	0.01	0.942
	Sim	10.0	4.2	1.7	18.3	4.0					
<b>NF</b>	Nenhuma estatística é computada porque todos os casos são censurados.										
<b>DT</b>	Não	17.2	1.6	14.1	20.4	13.0	3.5	6.2	19.8	0.33	0.566
	Sim	9.0	1.2	6.7	11.3	10.0	0.0				
<b>Geral</b>		17.0	1.6	14.0	20.1	11.0	1.6	7.8	14.2		

Fonte: Elaborado pelo autor. Legenda: VM: Ventilação mecânica; CVC: Acesso venoso central; SH: Shilley; HD: Hemodiálise; SNE: Sonda nasoenteral; SVD: Sonda vesical de demora; JJT: Jejunostomia; GTT: Gastrotomia; ATB: Antibiótico; DVA: Droga Vasoativa; NPT: Nutrição Parenteral; NE: Nutrição enteral; NF: Nefrostomia; DT: Dreno torácico.

As escalas de KPS/ECOG foram as que apresentaram maior marcador de gravidade nos pacientes do estudo. Submeteu-se o escore de ECOG ao teste de qui-quadrado e regressão logística em associação com o desfecho óbito (Tabela 9). Foi encontrado uma relação de dependência, uma vez que a partir do escore 2 houve um aumento na frequência de óbito, sendo que acima do escore 3 as chances de óbito aumentam em 18,6 vezes, então quanto maior o ECOG maior a frequência de óbito. ( $p < 0.001$ ).

E para associar a gravidade, tipo de tumor, presença de metástase e avaliação prévia/acompanhamento de CP com o desfecho, foi realizado o teste de qui-quadrado e de regressão logística univariada (Tabela 9) entre essas

variáveis, não sendo encontrado uma relação significativa ( $p>0,05$ ) entre nenhuma das variáveis com o desfecho óbito.

Tabela 9. Regressão logística univariada entre as variáveis ECOG, variáveis clínicas e o desfecho.

Variável independente	Univariada		
	P	OR	IC95%
ECOG ( $\geq 3$ )	<b>0.0001</b>	18.60	4.04 - 86.0
ICC	0.360	0.45	0.08 - 2.46
Tipo de câncer	0.639	1.04	0.89 - 1.20
Metástase	0.711	0.78	0.21 - 2.94
Acompanhamento	0.855	1.20	0.16 - 8.90

Fonte: Elaborada pelo autor. ECOG: Eastern Cooperative Oncologic Group; ICC: Índice de comorbidade de Chalsom.

## 6 DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se uma prevalência de adultos com a maioria de idosos. Vários autores relatam que a idade avançada está associada a maiores taxas de internação e óbito por complicações em UTI, sendo a idade um critério na definição de alto risco para morte, estando as neoplasias entre os principais fatores<sup>34-36</sup>. Este resultado também se associa às características da população atendida pelos hospitais do estudo, que em sua maioria são de adultos, com apenas um dos hospitais oferecendo atendimento a crianças e adolescentes.

Houve predomínio de pacientes procedentes do interior do estado, que necessitam se deslocar para a capital em busca de tratamento. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Maranhão possui hospitais oncológicos em apenas duas cidades, o que faz com que haja o encaminhamento de pacientes do interior à procura dos centros especializados, caracterizando uma dificuldade de acesso<sup>14</sup>.

O difícil acesso a serviços oncológicos leva a população a um diagnóstico tardio a doenças em estágio avançado, tratamentos mais dolorosos e mutilantes, poucas possibilidades de cura e conseqüentemente maiores taxas de óbitos. É preciso realizar investimentos em métodos de diagnóstico precoce nas redes municipais das cidades do interior, políticas públicas de educação em saúde como método de prevenção, além da descentralização dos serviços oncológicos para outras regiões<sup>63,64</sup>.

Os principais tipos de câncer foram ginecológicos, trato gastrointestinal e mama, com predomínio do tipo histológico carcinoma. Pode-se destacar o câncer de colo uterino, que está entre os mais prevalentes no Brasil e no Nordeste, e o de mama que se apresenta como o tipo mais frequente em todas as regiões brasileiras<sup>14</sup>. Estes dados são semelhantes aos registrados por outros autores<sup>37-39</sup>.

A presença de metástase foi relatada em 90,0% dos pacientes do estudo, um número bastante expressivo, mostrando que a prática de encaminhar pacientes com câncer avançado para UTI sem uma avaliação eficaz do prognóstico e do acompanhamento da equipe de CP ainda é uma realidade nos



hospitais do estudo, como relatado também por outros autores<sup>40-42</sup>. A utilização de quimioterapia paliativa em um alto número de pacientes reafirma a presença de doença avançada<sup>43,44</sup> que quando associada a extremos de idade e presença de metástase levam a um pior prognóstico<sup>43</sup>.

Em sua maioria os participantes do estudo não apresentavam morbidades e hábitos de vida negativos. A presença de morbidades é fator de risco para complicações clínicas, assim como o uso de tabaco e álcool são considerados fator de risco para inúmeras doenças<sup>45</sup>. Vale ressaltar que mesmo sem a presença de morbidades os pacientes foram internados em UTI e considerados graves, o que pode estar relacionado com os extremos de idade, presença de metástases e conseqüentemente doença em estágio avançado, além do não diagnóstico das morbidades, uma vez que é comum pacientes já com níveis pressóricos e glicêmicos elevados não saberem dos seus quadros de saúde.

A amostra foi composta por 101 pacientes com SPICT-BR positivo para cuidados paliativos (99,0%). Através dessa ferramenta podemos identificar pacientes que se beneficiam da assistência paliativa, utilizando-se de orientações e planejamento de cuidados, com análise do prognóstico real e a necessidade do paciente<sup>46</sup>. Estudo americano realizado na cidade de Baltimore em um Hospital Oncológico encontrou 60% de pacientes da sua amostra elegíveis a CP<sup>47</sup>. Desta forma, uma avaliação conjunta entre as equipes de assistência clínica e paliativa é capaz de decidir os benefícios de uma internação em UTI.

Os pacientes internados na UTI em sua maioria apresentavam índices de gravidade elevado, incapazes de realizar autocuidado básico, confinados ao leito e à cadeira, com presença de metástase, algumas morbidades e baixo prognóstico, semelhante ao observado por outros autores<sup>39,42,48</sup>.

O resultado da pergunta surpresa revelou um alto índice (85,0%) de previsão de morte nos próximos 6 meses. O médico utiliza-se do quadro clínico dos pacientes para sua resposta, demonstrando um elevado número de pacientes graves. Percebe-se que, com base nas condições clínicas a ampla maioria dos pacientes do estudo não possuíam perspectivas de alta e ou cura, corroborando para a gravidade dos mesmos. Dado reforçado pelo resultado do

teste qui-quadrado com índices elevados de acerto com relação ao desfecho. Dessa forma, este método mostrou-se eficaz na predição de mortalidade. Assim como estudo realizado pela Universidade de Lisboa demonstrou que a resposta “Não” apresentou um aumento no risco de morte em 2,85 vezes<sup>60</sup>. Evitar internações em UTI a pacientes com câncer avançado próximos a sua finitude lhes garantirá uma melhor qualidade de morte, menos sofrimento e dor, ao lado da família, mais respeito e muitas vezes quando possível em seu ambiente doméstico<sup>61</sup>.

Pacientes com doenças ameaçadoras da vida necessitam de acompanhamento precoce pela equipe de CP. Quase a totalidade dos pacientes admitidos na UTI não estavam estratificados e em acompanhamentos pela equipe de CP. Isso associado aos 99,0% com SPCIT positivo, demonstra uma falta de integração entre as equipes, onde o médico oncologista ao acompanhar a evolução e progressão da doença, não solicita uma avaliação dos CP.

A necessidade de CP precoce é discutida há anos, A Sociedade Americana de Oncologia Clínica recomenda em atualização do ano de 2012 a integração entre CP e cuidados oncológicos o mais breve possível, seja em nível ambulatorial ou em internações<sup>49</sup>. A legislação brasileira na resolução 41<sup>o</sup> de 31 de outubro de 2018 afirma como princípio norteador o início dos CP o mais precoce possível, em conjunto com o tratamento modificador<sup>24</sup>.

O início precoce dos CP proporciona melhor aceitação do tratamento, redução de internações, menores índices de depressão, melhora do humor e qualidade de vida, como também qualidade de morte<sup>28,42</sup>. Estudo prospectivo afirma que pacientes com câncer de pulmão metastático submetidos a assistência paliativa precoce obtiveram melhor sobrevida, cuidados menos agressivos e de baixo custo<sup>50</sup>.

Dos pacientes 99,0% não realizaram diretivas antecipadas de vontade, demonstrando a ausência desse instrumento nos hospitais do estudo, que pode levá-los à submissão de procedimentos que por ocasião não teriam desejo. O paciente enquanto estiver em condições de decidir por seus cuidados deve ser questionado quanto às diretivas para seu tratamento, guiando a equipe em sua prática de assistência<sup>28</sup>.

Estudo descritivo realizado em uma UTI oncológica na cidade de Nova York mostrou uma mudança de 33,0% para 83,4% no desejo de não reanimar após consulta com especialista em CP<sup>51</sup>. O CFM na resolução 1995/2012 define como um conjunto de desejos prévios manifestados pelo paciente e ou família por onde designada quanto aos tratamentos que deseja ou não receber<sup>52</sup>. Os pacientes terminais estão em sua maioria incapazes de tomar decisões, dessa forma as diretivas orientam as tomadas de decisões em conjunto com a equipe médica<sup>28</sup>.

Estudos em hospitais de câncer na Jordânia relatam a presença constante de pacientes em estágio terminal nas UTI, em geral por uma decisão familiar. Os autores evidenciaram uma necessidade da equipe assistencial em solicitar o consentimento familiar acerca das intervenções que seriam realizadas no doente, alegando falta de suporte legal para a tomada de decisão das equipes<sup>36,53</sup>. Existem pacientes com câncer avançado que se beneficiam da internação em UTI, mas esta prática precisa ser avaliada e ponderada uma vez que evitar internações em UTI a pacientes em fim de vida é uma importante estratégia de qualidade de vida<sup>42</sup>.

O cateterismo vesical de demora foi o procedimento mais realizado deste estudo. Associado ao monitoramento rígido do controle hídrico, a pacientes acamados em uso de drogas e monitorização contínua, assim como proteção à ocorrência de lesão por pressão por umidade, a prática de SVD é comum entre os pacientes internados em UTI oncológica, esta é uma prática considerada positiva uma vez que pode proporcionar conforto<sup>54,55</sup>. Resultado que corrobora com a associação encontrada no teste estatístico com SVD como fator de proteção.

O alto índice de acesso central está associado ao emprego de drogas vasoativas, antibioticoterapia prolongada e sessões de hemodiálise, realizados exclusivamente por via central. Vale ressaltar que pela filosofia dos CP as vias de acesso preferenciais são a oral, subcutânea e retal, por se tratar de vias mais confortáveis e com eficácia comprovada, desde que não possua contra-indicações<sup>56</sup>. Dessa forma, a realização de CVC em pacientes com câncer

avançado precisa ser criteriosamente avaliada. Na análise multivariada, este procedimento não foi estatisticamente relacionado ao desfecho óbito.

Também foi comum a utilização de VM, um procedimento invasivo que precisa de uma avaliação do risco/benefício. É importante relatar que no presente estudo a VM teve uma relação significativa com o desfecho óbito, mostrando uma razão de chance de 5,40 vezes na regressão univariada e 3,39 vezes na multivariada. O uso de VM também foi relatado em outro estudo com pacientes internados em UTI oncológica<sup>55</sup>. Submeter pacientes com câncer avançado a VM é questionável, uma vez que muitos não se beneficiariam desta terapêutica, além de perderem sua autonomia de fala e trocas com a família.

A falta de relação de significância entre submissão a procedimentos invasivos e um maior tempo de sobrevivência demonstra o não benefício desta prática. Ressalta-se ainda que apesar da gravidade e avanço da doença dos pacientes deste estudo e da questionável VM, não encontramos em nosso estudo registros de extubação paliativa, que se torna uma alternativa após a definição de prognóstico reservado. Diferentemente de estudo com pacientes internados em UTI que relata a extubação paliativa em 11,0% dos pacientes, mostrando ainda que pode não haver associação entre a retirada da VM e aumento de mortalidade<sup>57</sup>.

A falta de acompanhamento pela equipe de CP, assim como a falta de definição de prognósticos pode estar relacionada com a realização de procedimentos e condutas invasivas em UTI. Esta realidade poderia ser diferente se os CP precoces fossem amplamente utilizados nas unidades hospitalares, com definição prévia de prognósticos, antes do agravamento do quadro e definição de prioridades.

A realização de procedimentos invasivos em pacientes gravemente enfermos precisa ser bem avaliada, pois existe uma linha tênue entre o que é terapêutico com o que se configura tratamento fútil. Relatos de um estudo americano realizado para reconhecer a percepção de médicos em UTI mostrou que a submissão a tratamentos fúteis era realidade em pelo menos 20,0% dos

pacientes, com riscos elevados em relação aos benefícios, risco elevado de óbito, ineficácia do tratamento e impossibilidade de alta da UTI<sup>20,58</sup>.

Os resultados estatísticos mostraram o aumento do risco de óbito a pacientes submetidos a VM e DVA. Em paralelo, a pesquisa realizada no Brasil mostrou que 1 a cada 5 pacientes em UTI recebem medicações inúteis<sup>59</sup>. Estudo canadense diz que 87% dos médicos intensivistas afirmam a submissão de cuidados fúteis, assim como pesquisa europeia que em apenas um dia 27% dos médicos relatou o uso de tratamentos considerados inapropriados, e ainda assim com desfechos de óbito<sup>20,58</sup>.

O tempo médio de internação foi de 10,3 dias com a maioria evoluindo a óbito. Chama atenção o curto período de internação com o grande número de óbitos, mais da metade dos pacientes avaliados, levando a inferir que os pacientes foram internados em UTI graves e com risco de morte iminente. Pode-se associar a taxa de óbito a gravidade dos pacientes que apresentaram em sua maioria ECOG de 4 e KPS < que 30%, ICC 6, com presença de metástase. Dados semelhantes foram encontrados por outros autores em UTI oncológica na Jordânia<sup>36</sup>. Em outro estudo realizado em um Hospital Universitário da Virgínia nos Estados Unidos com pacientes oncológicos observou-se que pacientes sem acompanhamento de CP tiveram maiores chances de óbito<sup>42</sup>.

Os pacientes que registraram maiores escores de gravidade nas escalas de ECOG/KPS tiveram 18,6 vezes maior risco de óbito, e estes pacientes foram submetidos aos procedimentos de ventilação mecânica, droga vasoativa e ao uso de sedativos. Recentes estudos sugerem que a utilização de tecnologias e intervenções em sua totalidade devem ser empregados a pacientes oncológicos graves se estes estiverem em proposta curativa, bom prognóstico e índices de sobrevivência, recomendando a não admissão em UTI a pacientes graves, com baixo desempenho funcional e em tratamentos paliativos<sup>62</sup>. Ressalta-se que retirar ou suspender medidas invasivas não é uma tarefa simples, visto que o risco e benefício precisam de avaliação individualizada<sup>59</sup>. Com uma assistência clínica e intensiva em conjunto com a equipe de CP, torna-se esta avaliação mais inexecutável.

Apesar de não haver na regressão logística univariada uma associação entre a ausência de acompanhamento pela equipe de CP com o desfecho óbito, ressalta-se a necessidade de incorporação dessa assistência precoce a paciente com doença oncológica avançada, possibilitando uma avaliação de prognósticos e um troca de conhecimento com a equipe clínica, com tomadas de decisões individualizadas, evitando internações em UTI, procedimentos desnecessários, maior proximidade com a família nos últimos dias de vida, assim como uma melhor qualidade de morte<sup>49,50</sup>.

O aspecto positivo do acompanhamento da equipe de CP em UTI com considerável utilização da limitação de suporte de vida e boas taxas de suspensão de procedimentos invasivos. Assim como a importância de CP precoces fora da UTI com aumento das diretivas de vontade, desejos de não reanimação, melhor qualidade de vida. A assistência ao paciente com câncer avançado no fim da vida deve ser realizada de forma singular, respeitando as opiniões e desejos. Pacientes relatam a preferência pelo conforto do ambiente doméstico em detrimento de longas internações. Isso se torna possível com um bom acompanhamento dos CP, tornando o paciente protagonista do seu cuidado<sup>28</sup>.

Vale ressaltar a necessidade de melhor uso dos espaços e tecnologias disponíveis nos hospitais do estudo. Os dois centros oncológicos da pesquisa possuem poucos leitos de UTI, destinados a pacientes clínico e cirúrgicos, com a falta de leitos fazendo parte da rotina diária.

Como limitação do estudo destaca-se o pequeno número de pesquisadores o que dificultou a coleta de dados diariamente nos dois campos de estudo, podendo assim ter havido perda de possíveis participantes, além da coleta de dados ser em sua maioria por meio de registros em prontuário físico e eletrônico que podem ocorrer a falta de registros como também ausência de informações, além da ausência de um grupo controle que não havia sido submetido a nenhum procedimento invasivo para fins de comparação e análise estatística.

## **7 CONCLUSÃO**

Conclui-se que os pacientes com câncer avançado, metastático, com critérios de elegibilidade para CP foram submetidos a procedimentos invasivos como SVD, CVC, DVA, VM e mesmo assim 54,5% evoluíram a óbito em poucos dias de internação. Estes em sua maioria não foram avaliados/acompanhados pela equipe de CP, possuíam níveis de gravidade elevado e não possuíam diretivas de vontade e mesmo assim foram encaminhados a UTI. Além disso identificou-se que a maioria destes eram idosos, procedentes do interior do estado com predomínio de tumores ginecológicos, gastrointestinal e mamários.

Faz-se necessário um maior investimento, apoio e interação entre a equipe clínica e de cuidados paliativos a fim de levar uma assistência mais próxima e conjunta, buscando mais precocemente a necessidade de assistência paliativa. Assim como novos estudos nessa temática no estado do Maranhão para maior elucidação do panorama local.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Agency for Research on Cancer. Global cancer observatory. Estimativa, 2020.
2. Santos DCL, Silva MMS, Moreira MC, Zepeda KGM, Gaspar RB. Careplanning for patients receiving palliative care in an oncology intensive care unit. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo. 2017; 30(3): 295-300, 2017.
3. Carvalho AV, Paula AB, Monteiro CWMM, Vieira JAV, Barbosa SJ, Carvalho OC et al. Os desafios dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Saberes Rolim de Moura*, São Paulo. 2019; 11(1).
4. Silva, MM, Meliano GM, Monique SCS, Cirilo JD, Barroca DLR, Moreira MC. Palliative care in highly complex oncology care: perceptions of nurses. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro. 2015; 19(3): 460-466.
5. International Association For Hospice & Palliative Care. Definição de cuidados paliativos, 2019.
6. Queiroz TA, Ribeiro ACM, Guedes MVC, Coutinh DTR, Galiza TG, Freitas MC. Palliative care to the elderly in intensive care: the perspective of the nursing team. *Texto & Contexto – Enfermagem*. Santa Catarina, 2018; 27(1).
7. Santos EC, Oliveira ICM, Feijão AR. Validation of a nursing care protocol for patients under going palliative care. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo. 2016; 29(4): 363-373.
8. Ramos JGR, Correia FT, Borrione P, Azi P, Andrade T, Costa V. et al. Effect of a palliative care program on trends in intensive care unit utilization and do-not-resuscitate orders during terminal hospitalizations. An interrupted time series analysis. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo. 2018; 30(3): 308-316.
9. Coelho CBT, Yankaskas J. New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2017; 29(2): 222-230.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805/2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, 2023.



11. Silva CF, Souza DM, Pedreira LC, Santos MR, Faustino TN. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2013; 18(9): 2597-2604.
12. Santana JCB, Dutra BS, Carlo JMM, Barros JKA. Orthothanasia in intensive care units: perception of nurses. *Revista Bioética*, Brasília. 2017; 25(1): 158-167
13. Organização Pan-Americana de Saúde. Câncer, 2020.
14. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Estimativas 2023: incidência de câncer no brasil/instituto nacional do câncer, Rio de Janeiro. 2022.
15. Tribunal de Contas da União (org.). Política nacional para a prevenção e controle do câncer. 2019.
16. Brasil. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Política nacional para a prevenção e controle do câncer. *Diário Oficial da União*, Brasília. 2013.
17. Union for International Cancer Control. Classificação TNM de tumores malignos, 2023.
18. Jarquin AM, Carrillo MAS, García-Galicia A, López-Bernal CA, Miranda-Martínez MA, Loria-Castellanos J. Análise do custo direto da assistência médica e cirúrgica do câncer de mama. Estudo comparativo entre estágios iniciais e tardios na atenção terciária, 2022. *Cirurgia y Cirujanos*, Cidade do México. 2023: 91(1): 28-33
19. Santos LN, Rigo RS, Almeida JS. Manejo em cuidados paliativos. *Research, Society And Development*, 2023: 12(2).
20. Messias AA, Maiello APMV, Coelho FP, D'Alessandro MPS. Manual de cuidados paliativos. São Paulo: Hospital Sírio Libanês, Ministério da Saúde, 2020.
21. Beussant Y, Daguindau E, Chauchet A, Rochigneux P, Tournigand C, Aubry R, Morin L. Hospital end-of-life care in haematological malignancies. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2018: 8; 314-324.
22. Tassini RM, Santos JFG, Coelho MEM. Cuidado paliativo na unidade de terapia intensiva: estado da arte. *Revista Científica Faculdade Unimed*, 2019, 1(20): 68-94.
23. Freitas R, Oliveira LC, Mendes GLQ, Lima FLT, Chaves GV. Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 2022, 46(133): 331-324.

24. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil) Manual de Cuidados paliativos ANCP. Editora Atenel, São Paulo, 2021, 3.
25. Radbruch L, Liliana De Lima MHA, Felicia Knaul MD, Roberto Wenk MD, Zipporah Ali MD, Sushma Bhatnagar MD et al. Redefining palliative care: a new consensus-based definition. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 2020, 60(4); 754-764. 2020.
26. World Health organization. Global atlas of palliative care. Geneva, 2, 2020.
27. Silva AE, Mariani AC, Moraes AP, Rios DA, Moraes KXSM, Medeiros DMD et al. Protocolo de cuidados paliativos na atenção domiciliar. Serviço de atenção domiciliar. Divinópolis, 2021.
28. Mercadante S, Gregoret C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*, 2018, 18(1): 106.
29. Pegoraro MMO, Paganini MC. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Revista Bioética*, 2019, 27(4).
30. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2156, de 17 de novembro de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva, 2016, 138-139.
31. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. Novo código de ética dos profissionais de enfermagem, 2017.
32. Farma Brasilis. Escala de resultados ou de desempenho de karnofsky-critérios (%), 2021.
33. Bahlis LF, Diogo LP, Fuchs SC. Índice de comorbidade de charlson e outros preditores de mortalidade hospitalar em adultos com pneumonia adquirida na comunidade. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2021, 4(1).
34. Luiz MM, Netto JJM, Vasconcelos AKB, Brita MCC. Maria da Conceição Coelho Brito et al. Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. *Revista Online de Pesquisa*, 2018, 10(2):585-592.
35. Gulini J el HMB, Nascimento ERP, Mortiz RD, Vargas MAO, Matte DLM, Cabral RP. Fatores preditores de óbito em unidade de terapia intensiva: contribuição para a abordagem paliativista. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 2018, 52.
36. Almansour I, Hasanien A; Saleh Z. Mortality rate, demographics, and clinical attributes of patients dying in the intensive care unit of a comprehensive cancer center in Jordan: a descriptive study. *Omega- Journal Of Death And Dying*, 2022, 84(4): 1011–1024.

37. Rayz SH, Albert-Thananayagam M, Deley MC, Carbonnelle G, Penel N. Long-term outcomes and prognostic factors of patients with metastatic solid tumors admitted to the intensive care unit. *Oncologia*, 2022, 100(3): 173-181.
38. Benítez FDM, García AS, Noyola AG. Características clínicas e desfechos de pacientes com câncer que necessitam de internação em unidade de terapia intensiva: um estudo prospectivo. *Journal Of Cancer Research And Clinical Oncology*, 2018, 44: 717–723.
39. Cunha DAO, Cunha RL, Santos MLSC, Oliveira EM, Soares RS, Fuly PSC. Perfil dos pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva oncológica. *Ciência Cuidado e Saúde*, 2018, 12(2).
40. Silva IBS, Júnior JRM, Almeida JSA, Cutrim DSP, Sardinhas AHL. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2020, 66(3).
41. Fisher R, Dangoisse C, Crichton S, Whiteley C, Camporota L, Beale R, Ostermann M. Short-term and medium-term survival of critically ill patients with solid tumours admitted to the intensive care unit: a retrospective analysis. *BMJ Open*, 6(10).
42. Romano A, Gade KE, Nielsen GG, Havard R, Harisso JJH, Barclay J. Early palliative care reduces end-of-life intensive care unit (icu) use but not icu course in patients with advanced cancer. *The Oncologist*, 2017, 22(3): 318-323.
43. Instituto nacional do câncer (Brasil). *Abc do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Revista Atual, Rio de Janeiro, 2018, 4.
44. Belmiro, Ana Amélia; Dirce, Guilhem. Quality of life assessment of patients undergoing palliative chemotherapy. *International Journal of Palliative Nursing*, 2023, 20(10): 476-485.
45. Martelletti LBSJ, Martinello LR, Santos LCG, Ferrão AARCN, Pereira JM, Targino C, Santos B, Cruz KCT. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer internados em uma unidade de terapia intensiva adulto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019, 11(13).
46. Corrêa SR, Mazukob C, Mitchell G, Pastranad T, Lima L, Murrayf S. Identifying patients for palliative care in primary care in Brazil: project *Estar ao seu lado's* experience. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2017, 12(39): 1-8.
47. Chan, Abigail Sy, Rout A, D'Adamo CRD, Lev I, Yu A, Miler K.. Palliative referrals in advanced cancer patients: utilizing the supportive and

- palliative care indicators tool and rothman index. *American Journal Of Hospice & Palliative Medicine*, 2021, 39(2): 164-168.
48. Dias D, Vilanova M, Palencia H. Oncological patients admitted to an intensive care unit. Analysis of predictors of in-hospital mortality. *Medicina Intensiva*, 2018, 42(6): 436-353.
49. Chiang JK, Cheng-Yang, Kao YS. Association between palliative care and end-of-life care for patients with hematological malignancies. *Medicine*, 2019, 98(40). 2019.
50. Temel JS, Greer JÁ, Muzikansky J, Gallagher ER, Admane S, Jackson VC et al. Early palliative care for patients with metastatic non–small-cell lung cancer. *The new england jornal of medicine*, 2010, 363(8).
51. Mahony S, Henry J, Blank AE, Snow D, Karakas SE, Santoro G, Selwyn P, Kvetan P. Relatório preliminar da integração de uma equipa de cuidados paliativos numa unidade de cuidados intensivos. *Medicina Paliativa*, 2010, 24(2): 154-165.
52. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, 2012, 269-270.
53. Almansour I, Seymour JE, Aubeeluck A. Staff perception of obstacles and facilitators when providing end of life care in critical care units of two teaching hospitals: a survey design. *Intensive And Critical Care Nursing*, 2019, 53: 8-14.
54. Bená CB. Cateterização vesical e infecção do trato urinário em uma unidade de terapia intensiva. 2015. 47f. Dissertação (mestrado) - Centro de ciências da saúde, mestre em cuidados intensivos e paliativos. Universidade federal de santa catarina. 2015.
55. Turra L. Importância do enfermeiro frente ao paciente oncológico internado em unidade de terapia intensiva. *Anais da semana acadêmica e mostra científica de enfermagem*, 17. 2018.
56. Santos RFM, Maurício MDALPD. Cuidar do doente em cuidados paliativos com cateter venoso central totalmente implantado - importância do manuseamento. *Servir*, Lisboa, 2016, 59(5-6).
57. Lacerda FH, Checoli PG, Silva CMD, Brandão CE, Fortes DN, Besen BAMP. Retirada da ventilação mecânica como procedimento paliativo em uma unidade de terapia intensiva brasileira. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2020, 32(4): 528-534.

58. Huynh T, Kleerup EC, Wiley JF, Savitsky TD, Guse D, Garber BJ et al. The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *Jama Internal Medicine*, 2013, 173(20): 1887–1894.
59. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Fracgp PG, Heath L, Nagpal S et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*, 2017, 390(10090):156–168.
60. Sousa PFS. A pergunta surpresa em medicina geral e familiar na doença oncológica e em doença avançada de órgão. 2017. 43f. Dissertação (mestrado) – curso de medicina, mestrado em cuidados paliativos, Universidade de Lisboa. 2017.
61. Meier E, Gallegos JV, Montross-Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste DV. Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue. *The American Journal Of Geriatr Psychiatry*, 2016, 24(4): 261-271.
62. Kiehl M, Beutel G, Boll B, Buchheidt D, Forkert R, Fuhrmann V et al. Consensus statement for cancer patients requiring intensive care support. *Annals Of Hematology*, 2018, 97(7): 1271–1282.
63. Finger BA, Limberger T. Acesso ao tratamento oncológico no sus: a responsabilidade civil do estado pela perda da chance de cura ou de sobrevivência das pacientes com câncer de mama. *Revista de Direitos Garantias Fundamentais*, 2019, 20 (1): 155-190.
64. Cobe EM. Acesso tardio ao diagnóstico e tratamento do câncer: uma análise à luz da política pública de saúde. Editora Dialética, 2023, 1.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS OU SOLICITADOS AOS PACIENTES.

- Estratificação dos CP

Cuidados paliativos: Precoce ( ) complementar ( ) predominante ( ) exclusivo ( )

Diretivas de vontade: sim ( ) não ( )

Cirurgias pós CP: Sim ( ) não ( )

- Procedimentos realizados

VM: Sim ( ) não ( )

CVC: Sim ( ) não ( )

Shilley: Sim ( ) não ( )

HD: Sim ( ) não ( )

SNE: Sim ( ) não ( )

SVD: Sim ( ) não ( )

JJT: Sim ( ) não ( )

GTT: Sim ( ) não ( )

ATB: Sim ( ) não ( )

DVA: Sim ( ) não ( )

NPT: Sim ( ) não ( )

NE: Sim ( ) não ( )

Nefrostomia: Sim ( ) não ( )

**APÊNDICE B – PERGUNTA SURPRESA E DESFECHO CLÍNICO.**

PACIENTE:

Você ficaria surpreso se este paciente morresse nos próximos 6 meses?

Sim ( ) Não ( )

DESFECHO CLÍNICO

ALTA	
CURA	
ÓBITO	



## APÊNDICE C – PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E SOCIODEMOGRÁFICO

Nome (iniciais):

Idade:

Cidade:

Renda fixa: Sim ( ) não ( )

Sexo: Masculino ( ) feminino ( )

Raça/cor: Branca ( ) preta ( ) amarela ( ) indígena ( ) N/A ( )

Profissão:

Renda: Sem renda fixa ( ) 1 a 2 salários mínimo ( ) 3 a 4 salários mínimo

( ) 5 ou mais ( )

Escolaridade: Analfabeto ( ) ensino fundamental ( ) ensino médio ( ) ensino superior ( ) N/A ( )

Estado civil: Solteiro ( ) casado ( ) união estável ( ) divorciado/separado ( ) viúvo ( )

### PERFIL CLÍNICO

Diagnóstico/Tipo de câncer:

Dias de internação:

Dias de uti:

Tempo de diagnóstico:

HAS ( ) DM ( ) Outras:

Histopatológico:

Tabagismo: Sim ( ) não ( )

Etilismo: Sim ( ) não ( )

Paciente e ou família ciente do CP: Sim ( ) não ( ) N/A ( )

Metástase: Sim ( ) não ( )

Onde:

Cirurgias: Sim ( ) não ( )

Qual:

Quimioterapia: Sim ( ) não ( )

Curativa ( ) paliativa ( )

Radioterapia: Sim ( ) não ( )

Cobalto ( ) AL ( ) Braquiterapia ( )

Curativa ( ) paliativa ( )

ANEXOS

## ANEXO A – AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA DOENÇA CRÔNICA E AGUDA COM BASES FISIOLÓGICAS

### ÍNDICE DE COMORBIDADE DE CHARLSON

	IAM
	ICC
	Doença vascular periférica
	Doença cerebro-vascular
	Demência
<b>ICC</b>	Doença pulmonar crônica
<b>1 ponto</b>	Doença de tecido conjuntivo
	Úlcera
	Doença hepática crônica ou cirrose
	DM sem complicações
	Hemiplegia ou paraplegia
	DM com complicações
<b>ICC</b>	Doença renal severa ou moderada
<b>2 pontos</b>	Tumor maligno
	Leucemia
	Linfoma
<b>ICC</b>	Doença do fígado severa ou moderada
<b>3 pontos</b>	
<b>ICC</b>	Tumo sólido metastático
<b>6 pontos</b>	SIDA
<b>TOTAL</b>	

**KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS KPS (ADAPTADA)**

Com ou sem doença crônica, KPS 100% (1 ponto)  
consegue trabalhar  
normalmente

Com doença crônica, KPS 80-90% (2 pontos)  
consegue trabalhar apesar  
dos sintomas

Não consegue trabalhar, mas KPS 50-60-70% (3  
mantém hobbies e autocuidado pontos)

É capaz de cuidar de si mesmo KPS 10-20-30-40% (4  
pontos)

TOTAL

## Anexo B – Sequential Organ Failure Assessment.

**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.

##### Demencia/ 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 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.

##### 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 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 renal

Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/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.

##### 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.

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



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO  
MARANHÃO - UNICEUMA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Medidas invasivas de terapia intensiva realizadas em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos.

**Pesquisador:** João Batista Santos Garcia

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58147521.9.0000.5084

**Instituição Proponente:** Centro Universitário do Maranhão - UniCEUMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.459.083

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMACOES\_BASICAS\_DO\_PROJETO\_1862757.pdf, de 23/04/2022).

O câncer é uma condição crônica que vem contribuindo para o aumento do número de mortes no Brasil, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares, e está infelizmente comumente associado a altas taxas de óbito. Os crescentes avanços científicos e tecnológicos em saúde pública contribuem para grandes conquistas contra o câncer, porém se mostram insuficientes para reduzir sua incidência na população. Nessa perspectiva, os cuidados paliativos (CP) tornam-se estratégias importantes frente a esses pacientes. Objetivo dos CP é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores, proporcionando a pacientes em que a doença não responda ao tratamento curativo, o alívio do sofrimento, da dor, melhora da qualidade de vida, assim como o apoio a sua família durante todo o processo incluindo a morte e o luto. Assim, a equipe de terapia intensiva se depara com a tomada de decisão em manter ou suspender intervenções desnecessárias, e em contrapartida os profissionais de saúde de outros setores enfrentam dificuldades com a aceitação ao prognóstico, levando a solicitações de internação em UTI a pacientes em fase terminal. Tornando a assistência em saúde frente a paciente com câncer terminal em unidades de terapia intensiva um grande desafio. O objetivo deste estudo é avaliar as intervenções invasivas realizadas em pacientes com câncer em estágio

**Endereço:** DOS CASTANHEIROS

**Bairro:** JARDIM RENASCENÇA

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**CEP:** 65.075-120

**Telefone:** (98)3214-4212

**E-mail:** cep@ceuma.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO  
MARANHÃO - UNICEUMA



Continuação do Parecer: 5.459.083

avanzado em cuidados paliativos. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizada em dois hospitais oncológicos no estado do maranhão. Observa-se o despreparo das equipes de saúde, a falta de formação acadêmica em cuidados paliativos e ausência de pesquisas e estudos de grande impacto com esta temática no Estado do Maranhão, justificando assim a necessidade deste estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar as intervenções invasivas realizadas em pacientes com câncer em estágio avançado em cuidados paliativos.

Objetivo Secundário:

Identificar os critérios de elegibilidade para cuidados paliativos em pacientes internados em UTI.

Identificar os pacientes com câncer avançado e os seus níveis de gravidade.

Descrever os procedimentos invasivos realizados em pacientes com câncer avançado.

Identificar a taxa de mortalidade dos pacientes em UTI com doença oncológica avançada, correlacionando com os procedimentos invasivos realizados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Esta pesquisa poderá expor a riscos mínimos quanto à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados; mas garantiremos de total sigilo da identificação, pois nos comprometemos a anotar somente as iniciais dos nomes, além de que os dados coletados serão utilizados para fins exclusivamente científicos; os pesquisadores se comprometem ainda a guardar os formulários de coleta de dados em local seguro, onde somente estes terão acesso aos mesmos.

Benefícios: Possibilitará melhor compreensão da aplicabilidade dos cuidados paliativos em pacientes com câncer avançado nos hospitais oncológicos do estado do maranhão.

**Endereço:** DOS CASTANHEIROS

**Bairro:** JARDIM RENASCENCA

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**CEP:** 65.075-120

**Telefone:** (98)3214-4212

**E-mail:** cep@ceuma.br





Continuação do Parecer: 5.459.083

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está bem delineada e apresenta relevância científica

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

Todos os documentos e termos necessários para apreciação ética da pesquisa foram apresentados, estando adequados as resoluções e normativas do sistema CEP CONEP.

**Recomendações:**

Sem recomendações

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

Mediante a análise do projeto de pesquisa e a documentação apresentada decide-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O pesquisador deverá apresentar a este CEP relatório final da pesquisa

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1862757.pdf	23/04/2022 20:27:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Medidas_invasivas_de_terapia_intensiva_realizadas_em_pacientes_com_cancer_avancado_em_cuidados_paliativos.pdf	23/04/2022 20:26:36	João Batista Santos Garcia	Aceito
Outros	SITUACAO_ACADEMICA_DO_ALUNO.pdf	23/04/2022 20:11:46	João Batista Santos Garcia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSETIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	23/04/2022 20:10:36	João Batista Santos Garcia	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	23/04/2022 20:06:39	João Batista Santos Garcia	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	20/01/2022 22:15:49	João Batista Santos Garcia	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/01/2022 22:15:16	João Batista Santos Garcia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_DE_ANUENCIA_DA_EQUIPE_DE_PESSQUISA.pdf	20/01/2022 22:11:04	João Batista Santos Garcia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_HGTLF.pdf	16/12/2021 11:09:30	João Batista Santos Garcia	Aceito

**Endereço:** DOS CASTANHEIROS

**Bairro:** JARDIM RENASCENCA

**CEP:** 65.075-120

**UF:** MA **Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)3214-4212

**E-mail:** cep@ceuma.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO  
MARANHÃO - UNICEUMA

Continuação do Parecer: 5.459.083

Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_HCAB.pdf	16/12/2021 11:09:12	João Batista Santos Garcia	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	20/11/2021 15:09:35	João Batista Santos Garcia	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 09 de Junho de 2022

---

**Assinado por:**  
**RUDYS RODOLFO DE JESUS TAVAREZ**  
**(Coordenador(a))**

## Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Comitê de Ética em pesquisa da Universidade CEUMA

**Endereço:** Rua Josué Montello, Nº 01 – Renascença II – CEP: 65075-120 – São Luís – MA. **Telefone:** 3214-4212

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “**Medidas invasivas de terapia intensiva realizado em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Prof. Dr<sup>o</sup> João Batista Santos Garcia, Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Enf<sup>o</sup> Reivax Silva do Carmo, Hospital do Câncer Aldenora Bello**. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Nesta pesquisa nós estamos buscando avaliar as intervenções invasivas realizadas em pacientes com câncer em estágio avançado em cuidados paliativos, identificar os critérios para definição para cuidados paliativos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva, Identificar pacientes com câncer avançado e sua gravidade, descrever os procedimentos invasivas realizadas em pacientes com câncer avançado e identificar a taxa de morte em pacientes com câncer avançado em relação aos procedimentos realizados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Enf<sup>o</sup> Reivax Silva do Carmo no seu leito de internação nas UTIs do estudo em caso de pacientes maiores de idade e com domínio das suas faculdades mentais e ou durante a visita do seu acompanhante/responsável, para participar você não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Você pode perguntar qualquer coisa sobre a pesquisa, tendo o tempo que achar necessário para decidir sobre sua participação e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Se desistir de participar, poderá ainda retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Na sua participação, você responderá às perguntas feitas pelo pesquisador durante a entrevista e estaremos também tendo acesso o seu prontuário para melhor entendimento do seu estado de saúde.

Você não terá nenhum ganho financeiro e será ressarcido (a) por qualquer gasto decorrente de sua participação na pesquisa. **Você tem direito a indenização e garantia de assistência em todas as etapas da pesquisa e pós estudo.**

Esta pesquisa poderá expor você a riscos mínimos quanto à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados; mas, você terá a garantia de total sigilo de sua identificação, pois nos comprometemos a anotar somente as iniciais de seu nome, além de que os dados coletados serão utilizados para fins exclusivamente científicos; os pesquisadores se comprometem ainda a guardar os formulários de coleta de dados em local seguro, onde somente estes terão acesso aos mesmos, O fato de o pesquisador realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à sua dimensão emocional, se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa e caso você concorde, poderá ser realizada em outro momento. Caso você apresente algum problema emergencial durante a realização da entrevista, você poderá ser acompanhada pelos profissionais da instituição na qual ela será realizada. O estudo poderá ser interrompido caso haja a ocorrência de um efeito secundário inesperado e de alto risco. Os benefícios serão um melhor entendimento de como a assistência de saúde está sendo prestada aos pacientes com câncer avançado, para assim identificar as possíveis falhas e então melhorá-las.

Sempre que você desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato: Prof. Dr. João Batista Santos Garcia, pelo telefone: (98) 988020622 e pelo e-mail: [jbgarcia@uol.com.br](mailto:jbgarcia@uol.com.br) e Reivax Silva do Carmo pelo telefone: (98) 985111925 e pelo e-mail: [reivaxsilva@outlook.com](mailto:reivaxsilva@outlook.com). Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com seres humanos da Universidade Ceuma, na rua Josué Montello, Nº 01 – Renascença II – São Luís – MA **Telefone:** 3214-4212, e-mail: [cep@ceuma.br](mailto:cep@ceuma.br)

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

São Luís, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Pesquisador responsável

---

Assinatura do participante da pesquisa