

Paola Nóbrega Souza¹, Erique José Peixoto de Miranda², Ronaldo Cruz¹, Daniel Neves Forte³

Cuidados paliativos no paciente com HIV/AIDS internado na unidade de terapia intensiva

Palliative care for patients with HIV/AIDS admitted to intensive care units

1. Instituto de Infectologia Emílio Ribas - São Paulo (SP), Brasil.
2. Hospital Universitário, Universidade de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.
3. Equipe de Cuidados Intensivos, Hospital Sírio-Libanês - São Paulo (SP), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever as características de pacientes com HIV/AIDS e comparar as medidas terapêuticas e cuidados de fim de vida, antes e após a avaliação da equipe de cuidados paliativos.

Métodos: Trata-se de uma coorte retrospectiva, que incluiu todos os pacientes com HIV/AIDS internados na unidade de terapia intensiva do Instituto de Infectologia Emílio Ribas e avaliados pela equipe de cuidados paliativos no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2012.

Resultados: Dos 109 pacientes avaliados, 89% tinham relato de doenças oportunistas, 70% apresentavam CD4 menor que 100cels/mm³ e apenas 19% aderiram ao tratamento. A mortalidade geral foi de 88%. Dentre os pacientes considerados em provável terminalidade (68%), observaram-se redução do uso da terapia antirretroviral altamente ativa (50,0% para 23,1%; p = 0,02),

antibioticoterapia (100% para 63,6%; p < 0,001), drogas vasoativas (62,1% para 37,8%, p = 0,009), terapia de substituição renal (34,8% para 23%; p < 0,0001) e transfusão de hemoderivados (74,2% para 19,7%; p < 0,0001). Foi realizada reunião com a família em 48% dos casos, e 23% dos pacientes em provável terminalidade receberam alta da unidade de terapia intensiva.

Conclusão: A equipe de cuidados paliativos foi acionada para pacientes com perfil de elevadas gravidade e mortalidade. Os pacientes acompanhados pela equipe de cuidados paliativos avaliados como provável terminalidade tiveram significativa redução de intervenções potencialmente inapropriadas, e 26% desses pacientes conseguiram receber alta da unidade de terapia intensiva.

Descritores: Cuidado paliativo; HIV; Síndrome da imunodeficiência adquirida; Unidades de terapia intensiva

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 13 de fevereiro de 2016
Aceito em 7 de maio de 2016

Autor correspondente:

Paola Nóbrega Souza
Instituto de Infectologia Emílio Ribas
Avenida Dr. Arnaldo, 165
CEP: 01246-900 - São Paulo (SP), Brasil
E-mail: paola_noso@yahoo.com.br

Editor responsável: Jorge Ibrain de Figueira Salluh

DOI: 10.5935/0103-507X.20160054

INTRODUÇÃO

Estima-se que existam 36,9 milhões de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida HIV/AIDS no mundo, com cerca de 2 milhões de novos casos e 1,2 milhão de mortes ao ano.⁽¹⁾ No Brasil o número aproximado é de 781 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS, com 12.449 óbitos registrados em 2014.⁽²⁾

Nos primeiros anos do surgimento do HIV, a sobrevida hospitalar relatada para os pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva (UTI) era de cerca de 30%, chegando a ser menor que 15% para quem evoluía com insuficiência respiratória.⁽³⁾ Com as melhorias dos cuidados intensivos e com a introdução da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) em 1996, o HIV se tornou

uma doença crônica, e os pacientes infectados passaram a viver mais.^(3,4) Embora a sobrevivência na UTI tenha melhorado desde o início da epidemia do HIV, a mortalidade dos pacientes graves ainda é de cerca de 30% e continua maior que a de pacientes não infectados.^(5,6)

A morte na UTI é frequentemente acompanhada de intervenções agressivas, tratamentos onerosos, controle inadequado dos sintomas e isolamento social.⁽⁷⁾ Nesse contexto, os cuidados paliativos são fundamentais, tanto nas decisões sobre a limitação de medidas invasivas, como no controle dos sintomas e nos cuidados de fim da vida.^(8,9)

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde definiu cuidado paliativo como uma abordagem voltada para cuidar do sofrimento de pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a vida.⁽¹⁰⁾ Desde então, diversas sociedades e referências em Medicina Intensiva passaram a incorporar o cuidado paliativo como parte integrante da qualidade do cuidado do paciente grave. Assim, a avaliação do controle de sintomas, o alinhamento dos tratamentos aos valores e preferências de pacientes, e o reconhecimento do problema da obstinação terapêutica passaram a ser avaliados como intervenções de qualidade na UTI.^(8,9,11-17) Passou-se a reconhecer que o cuidado paliativo deveria ser aplicado o mais cedo possível no decorrer de qualquer doença grave, integrado ao cuidado que busca a cura ou controle, e não somente na fase final.⁽¹⁰⁾ Isso se aplica em especial na UTI.⁽¹⁸⁾

Dentro dessa linha de pensamento, os cuidados paliativos primários deveriam ser realizados por todos os profissionais que lidam com doenças graves. Isso pode ser alcançado com a educação desses profissionais de saúde⁽¹⁹⁾ e com a ideia de que a indicação do cuidado paliativo deve se basear na necessidade, e não no diagnóstico e prognóstico do paciente.⁽¹⁰⁾ Caberia, assim, a avaliação de especialistas em casos selecionados, de acordo com as características e as necessidades da instituição em questão. Esse modelo consultivo pode promover o crescimento da cultura de cuidado paliativo na UTI, levando à melhora da qualidade dos cuidados com os pacientes e seus familiares.⁽²⁰⁾

No Brasil, ainda são escassas as publicações que mensuram as iniciativas de integração de cuidados paliativos com unidade de terapia intensiva. Este estudo teve como objetivos descrever as características de pacientes portadores de HIV/AIDS internados em uma unidade de terapia intensiva e avaliados pela equipe de cuidados paliativos, e comparar as medidas terapêuticas e os cuidados de fim de vida antes e após a avaliação em pacientes com padrões clínicos de terminalidade.

MÉTODOS

O protocolo desta pesquisa foi analisado e aprovado pela Comissão Científica e Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) e do Hospital Sírio-Libanês, respectivamente, sob os números 42/2014 e 53/2014.

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, que abrangeu o período de janeiro de 2006 a dezembro de 2012, realizado no IIER. O IIER é um hospital terciário público universitário, referência estadual para doenças infecciosas. Possuía 199 leitos, sendo 17 de UTI. A equipe de cuidados paliativos do hospital atuava desde 1999 como interconsultora, quando acionada pelo médico assistente. Era composta por dois médicos, dois enfermeiros, um auxiliar de enfermagem, dois assistentes sociais, um terapeuta ocupacional, um nutricionista e três capelães.

Este estudo teve como critérios de inclusão pacientes que foram internados na UTI do IIER no período estudado, que tivessem diagnóstico confirmado de HIV/AIDS; e que tivessem registrada uma solicitação de interconsulta para o Núcleo Interdisciplinar de Cuidados Paliativos (NICP). Os pacientes potencialmente elegíveis foram selecionados a partir do livro oficial de registro do NICP e das Fichas de Avaliação Inicial da Equipe de Cuidado Paliativo (FAICP). Ambos estão arquivados no próprio NICP. No livro oficial, constavam todas as solicitações de interconsulta para a equipe. Nas FAICP, constavam, além de outros dados, o local onde se encontrava o paciente, suas doenças de base, informações relacionadas ao quadro de HIV/AIDS (valor de CD4, doenças oportunistas atuais e prévias, qualidade da adesão ao tratamento), além de motivo de internação na UTI e de solicitação da avaliação da equipe de cuidados paliativos, incluindo a especificação do motivo "definição prognóstica". Após a análise do livro e das FAICP, foram, então, solicitados ao Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME) os respectivos prontuários. Nos casos em que houve divergência de informações entre dados da FAICP e do prontuário, prevaleceram os dados que estivessem no prontuário. Para melhor contextualização da amostra estudada, foi levantado também o número de pacientes internado na UTI no período estudado, assim como a frequência desses pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS e a mortalidade geral da UTI.

Foram excluídos das principais análises do estudo somente os pacientes que tiveram solicitação de avaliação pela equipe de cuidados paliativos, mas faleceram antes de serem avaliados. Foram feitas duas análises principais: a

primeira envolveu todos os pacientes para os quais foi solicitada interconsulta para a equipe de cuidados paliativos. Nessa primeira análise, descrevemos características demográficas dos pacientes, contagem de CD4, doenças oportunistas, tempo de diagnóstico, adesão ao tratamento, motivo e tempo de internação na UTI. Essa análise foi feita com base nas informações da FAICP e nos prontuários.

A comparação das medidas terapêuticas e dos cuidados de fim de vida antes e após a avaliação em pacientes com padrões clínicos de terminalidade foi realizada apenas com os dados dos pacientes com prontuários disponíveis. Isso porque dados relacionados às mudanças de enfoque terapêutico somente constavam no prontuário.

A análise estatística foi realizada no *software Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 20.0 para Windows. As variáveis foram submetidas à análise de normalidade por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. As variáveis numéricas normais foram apresentadas em média e desvio padrão, e os grupos foram comparados utilizando os testes *t* de Student e Análise de Variância (ANOVA). Variáveis numéricas que não apresentavam distribuição normal foram apresentadas em mediana e intervalo interquartil (IQR), e comparadas pelos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta (*n*) e relativa (porcentagem), sendo comparadas utilizando-se os testes exato de Fisher e qui quadrado, para valores não pareados, e de McNemar, para pareados. Os gráficos foram feitos no programa GraphPad Prism 6.0. Foi realizada ainda curva de Kaplan-Meier com teste de *log-rank*, para comparação de sobrevida entre os grupos com provável terminalidade, não terminalidade e indefinida. Para significância estatística, considerou-se $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 128 pacientes que tiveram solicitadas interconsultas, 19 foram excluídos da análise por evoluírem a óbito antes da avaliação da equipe de cuidados paliativos, restando 109 pacientes para a análise descritiva (Figura 1). No período estudado, ocorreram 3.738 internações na UTI, com 2.233 pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS (60% do total das admissões) e mortalidade hospitalar de 31%. Observou-se que 6% (128/2.233) dos pacientes com HIV/AIDS admitidos tiveram solicitação de avaliação a equipe de cuidados paliativos, sendo realizadas 85% (109/128) delas.

Os pacientes avaliados pela equipe de cuidados paliativos tiveram como principais motivos de admissão na UTI insuficiência respiratória aguda (50/109; 46%), seguida por rebaixamento do nível de consciência, sepse e

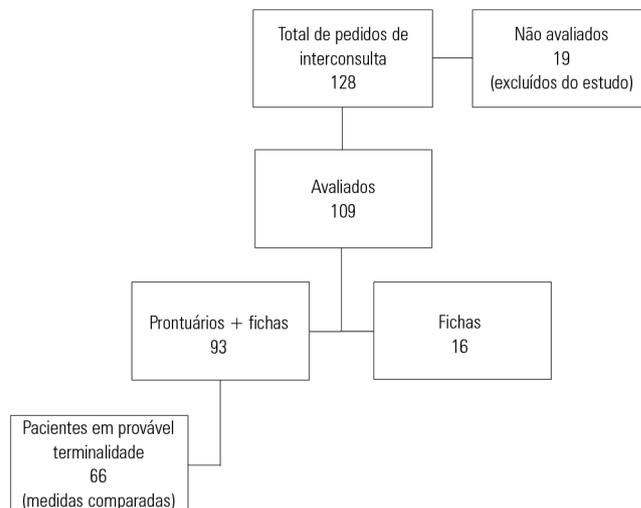


Figura 1 - Organograma dos pacientes incluídos no estudo e avaliação das fichas e prontuários.

insuficiência renal. Em 71% (77/109) dos casos, as doenças relacionadas ao HIV/AIDS foram as responsáveis pela admissão na UTI (Tabela 1). Tinham relato de doenças oportunistas prévias 51% (56/109) e 82% (89/109) de doença oportunista ativa, predominando a tuberculose (51/109; 47%).

A mediana do tempo de diagnóstico do HIV foi de 8 anos. A mediana da contagem de linfócitos T CD4 foi de 39cels/mm³, e 70% (76/109) apresentavam CD4 menor que 100cels/mm³ (Tabela 2).

Os dados relacionados ao uso prévio de medicações evidenciaram que 59% (62/105) faziam uso da HAART e 24% (24/100) de profilaxia contra doenças oportunistas. No entanto, 19% (21/109) apresentavam adesão ao tratamento, enquanto 59% (64/109) relataram abandono ou tratamento irregular.

A mediana do tempo de internação hospitalar foi de 45,5 dias, e a mediana do tempo de internação na UTI foi de 21 dias. A mediana de tempo de acompanhamento pela equipe de cuidados paliativos foi de 7 dias. Dos pacientes avaliados, 96 (88%) faleceram e 13 (11,9%) receberam alta hospitalar.

No momento da avaliação inicial pela equipe de cuidados paliativos, 68% (74/109) foram considerados em provável terminalidade, 14% (15/109) em não terminalidade e 18% (20/109) com prognóstico indefinido. A mortalidade hospitalar foi maior entre os pacientes considerados em terminalidade do que entre pacientes com prognóstico indefinido e em não terminalidade, com, respectivamente, 99% (73/74), 65% (13/20) e 67% (10/15) ($p < 0,0001$) (Figuras 2 e 3).

Tabela 1 - Características dos pacientes com HIV/AIDS internados na unidade de terapia intensiva com solicitação de interconsulta aos cuidados paliativos

Características	
Sexo masculino (N = 109) (%)	74 (67,9)
Idade (anos) (N = 109)*	40,57 ± 10,89 (11 - 75)
Dias de internação hospitalar até internação na UTI (N = 99) ^{††}	9 (2 - 24), 0 - 110
Dias de internação na UTI até pedido de cuidados paliativos (N = 99) ^{††}	9 (2 - 22,5), 0 - 124
Tempo de internação na UTI (dias) (N = 99) ^{††}	21 (8,5 - 39), 0 - 178
Tempo de internação hospitalar (dias) (N = 108) ^{††}	45,5 (24 - 60), 1 - 217
Duração dos cuidados paliativos (dias) (N = 109) [†]	7 (2 - 19), 0 - 75
Motivo da internação na UTI (N = 109) [§]	
Insuficiência respiratória aguda	50 (46)
Rebaixamento de nível de consciência	35 (32)
Sepse e/ou choque	19 (17)
Insuficiência renal	18 (17)
Pós-operatório	5 (5)
Outros	5 (5)
Mais de um dos anteriores	26 (24)
Desconhecido	5 (5)
Motivo da internação na UTI por doenças relacionadas ou não ao HIV/AIDS (N = 109)	
Relacionadas ao HIV/AIDS	76 (70)
Não relacionadas ao HIV/AIDS	28 (26)
Desconhecido	5 (5)
Doenças oportunistas (N = 109) [§]	
Total	94 (86)
Prévia	56 (51)
Atual	89 (82)
Nenhuma	12 (11)
Desconhecido	3 (3)
Tipos de doenças oportunistas identificadas (N = 109) [§]	
Tuberculose	51 (47)
Toxoplasmose cerebral	28 (26)
Citomegalovirose	18 (17)
Neurocriptococose	14 (13)
Pneumonia por <i>Pneumocystis jiroveci</i>	12 (11)
Sarcoma de Kaposi	10 (9)
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	6 (6)
Micobacteriose por <i>Mycobacterium avium-intracelulare</i>	6 (6)
Linfoma	4 (4)
Candidíase esofágica	3 (3)
Criptosporidíase	2 (2)
Histoplasmose	2 (2)
Outras	10 (9)
Mais de uma das anteriores	53 (49)

UTI - unidade de terapia intensiva. * Dado que apresenta distribuição normal, apresentado como média ± desvio padrão e variação (mínimo-máximo); [†] dados que não apresentam distribuição normal, apresentados como mediana e intervalo interquartil (Q1-Q3) e variação (mínimo-máximo); ^{††} N menor que o total por indisponibilidade de dados; [§] soma totaliza mais de 100%, pois um paciente pode pertencer a mais de uma categoria. Valores expressos em média ± desvio padrão e número (%).

Tabela 2 - Características dos pacientes com HIV/AIDS internados na unidade de terapia intensiva com solicitação de interconsulta aos cuidados paliativos (N = 109)

Características	Provável terminalidade	Não terminalidade	Indefinido	Total	Valor de p*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Tempo de diagnóstico					
< 1 ano	11 (15)	3 (20)	6 (30)	20 (18)	0,444
1 - 5 anos	13 (18)	2 (13)	1 (5)	16 (15)	
> 5 anos	45 (60)	10 (67)	11 (55)	66 (61)	
Transmissão vertical					
Desconhecido†	3 (4)	0	2 (10)	5 (5)	
Desconhecido†					
	2 (3)	0	0	2 (2)	
Linfócitos T CD4					
< 100cels/mm ³	54 (73)	8 (53)	14 (70)	76 (70)	0,453
101 - 200cels/mm ³	11 (15)	5 (33)	3 (15)	19 (17)	
> 200cels/mm ³	7 (9)	2 (13)	3 (15)	12 (11)	
Desconhecido†	2 (3)	0	0	2 (2)	
Adesão ao tratamento					
Sim	14 (19)	2 (13)	5 (25)	21 (19)	0,542
Não	46 (62)	9 (60)	9 (45)	64 (59)	
Não se aplica‡	11 (15)	3 (20)	5 (25)	19 (17)	
Desconhecido†	3 (4)	1 (7)	1 (5)	5 (5)	
Desfecho					
Óbito	73 (99)	10 (67)	13 (65)	96 (88)	< 0,0001
Alta hospitalar	1 (1)	5 (33)	7 (35)	13 (17)	
Local do óbito					
UTI	49 (67)	6 (40)	8 (40)	63 (58)	
Enfermaria	16 (22)	1 (7)	1 (5)	18 (17)	
Desconhecido†§	8 (11)	4 (20)	4 (20)	15 (14)	
Total	74	15	20	109	

UTI - unidade de terapia intensiva. * Teste de McNemar (amostras emparelhadas) ou quando indicado †, teste exato de Fisher ou qui quadrado (amostras independentes), ambos testes bicaudais; † prontuários indisponíveis ou dados incompletos; ‡ considerado os casos de diagnóstico recente, em que o paciente não teve tempo de ter a adesão avaliada; § sem local do óbito definido.

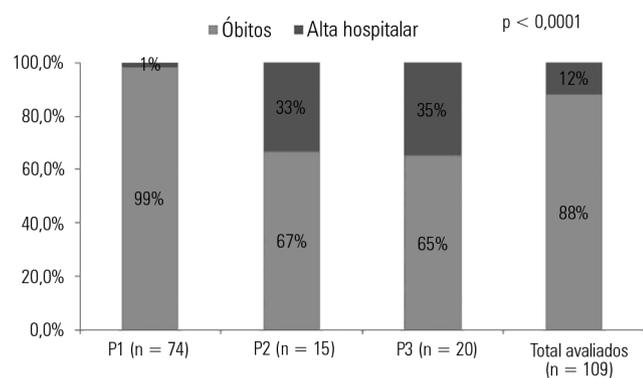


Figura 2 - Relação entre o prognóstico definido e a mortalidade nos pacientes com HIV/AIDS internados na unidade de terapia intensiva e avaliados pela equipe de cuidados paliativos (N = 109). P1 - provável terminalidade; P2 - não terminalidade; P3 - indefinido.

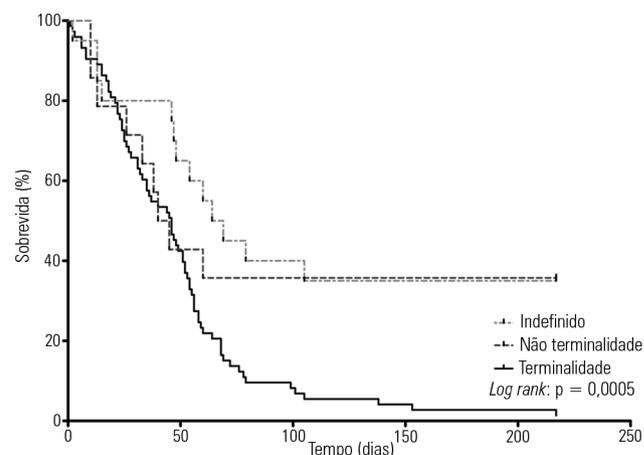


Figura 3 - Curva de Kaplan-Meier, sobrevida entre os diferentes prognósticos.

Dentre os 74 pacientes avaliados pela equipe de cuidados paliativos como provável terminalidade, 8 não tiveram seus prontuários disponibilizados, restando 66 para análise comparativa relacionada às prescrições antes e após a interconsulta da equipe de cuidados paliativos. Essa análise observou que a prescrição de HAART, profilaxias contra doenças oportunistas, transfusão de hemoderivados e antibióticos apresentou redução significativa após a interconsulta e definição prognóstica ($p < 0,05$ para todas estas variáveis) (Tabela 3). Não foi observada diferença significativa em relação ao uso de drogas tuberculostáticas, ou de sedação e analgesia.

No momento da avaliação inicial pela equipe de cuidados paliativos, 86% (57/66) dos pacientes em terminalidade com prontuário disponível encontravam-se em ventilação mecânica invasiva, 62% (41/66) em uso de drogas

vasoativas e 35% (23/66) em terapia de substituição renal. Após a avaliação da equipe, o número de pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva reduziu para 80% (53/66; $p = 0,484$), de drogas vasoativas para 38% (25/66; $p = 0,009$) e de terapia de substituição renal para 3% (2/66; $p < 0,0001$). Nenhum dos 66 pacientes avaliados foi submetido às manobras de reanimação cardiopulmonar.

Nos prontuários disponíveis, foi registrada a reunião entre a equipe de cuidados paliativos ou os médicos assistentes com a família em 48% (52/109) dos casos. Entre os pacientes que foram definidos como provável terminalidade, a reunião ocorreu em 43% (32/74) das vezes. Em relação à alta da UTI, dos pacientes com prontuários disponíveis, 28% (30/109) foram transferidos para a enfermaria. Entre os pacientes em provável terminalidade, 23% (17/74) receberam alta da UTI (Tabela 4).

Tabela 3 - Terapêutica administrada pré e pós-cuidados paliativos, entre os pacientes com HIV/AIDS e em provável terminalidade (N = 66)

Terapêutica administrada	Pré-cuidados paliativos	Pós-cuidados paliativos	Valor de p*
	N (%)	N (%)	
HAART [†]	33/66 (50)	15/66 (23)	0,02
Profilaxias contra doenças oportunistas	47/66 (71)	33/66 (50)	0,02
Antibióticos	66/66 (100)	42/66 (64)	< 0,001
Ciclos de antibióticos			
1	9/66 (14)		
> 1	57/66 (86)		
Drogas tuberculostáticas	30/66 (45)	23/66 (35)	0,287
Sedação	50/66 (76)	40/66 (61)	0,092
Analgesia	60/66 (91)	48/66 (73)	0,236
Tipo de analgesia [†]			
Analgésico não opioide	9/66 (14)	19/66 (29)	
Codeína/tramadol	5/66 (8)	4/66 (6)	
Morfina	13/66 (19)	16/66 (24)	
Metadona	3/66 (5)	2/66 (3)	
Fentanil	51/66 (77)	41/66 (62)	
Mais de uma	12/66 (18)	14/66 (21)	
Transfusão de hemoderivados	49/66 (74)	13/66 (20)	< 0,0001
Ventilação mecânica	57/66 (86)	53/66 (80)	0,484
Drogas vasoativas	41/66 (62)	25/66 (38)	0,009
Diálise	23/66 (35)	2/66 (3)	< 0,0001
Tipo de diálise [†]			
Hemodiálise	13/66 (20)	1/66 (2)	
Diálise peritoneal	8/66 (12)	1/66 (2)	
Ambas	2/66 (3)	0/2	
Reanimação cardiopulmonar	-	0/66	

HAART - terapia antirretroviral altamente ativa. * Teste de McNemar (amostras pareadas) ou, quando indicado †, teste exato de Fisher ou qui quadrado (amostras independentes), ambos testes bicaudais; †† soma maior que 100%, pois cada paciente pode estar incluído em mais de uma categoria.

Tabela 4 - Abordagem com a família e alta da unidade de terapia intensiva, entre o total de pacientes (N = 109) e os paciente considerados em provável terminalidade (N = 74)

	Total	Provável terminalidade
	N (%)	N (%)
Abordagem com a família		
Sim	52 (48)	32 (43)
Não	50 (46)	37 (50)
Desconhecido*	7 (6)	5 (7)
Alta da UTI		
Sim	30 (28)	17 (23)
Não	63 (58)	49 (66)
Desconhecido*	16 (15)	8 (11)
Total	109	74

UTI - unidade de terapia intensiva. * Prontuários não disponibilizados.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a solicitação de avaliação para a equipe de cuidados paliativos foi feita, na maioria das vezes, para pacientes com perfil de elevada gravidade e mortalidade, e, com frequência, tardiamente. Assim, a maioria dos pacientes que faleceram na UTI foi avaliada pela equipe de cuidados paliativos (15%). Dentre os pacientes avaliados, 46% tinham insuficiência respiratória como causa de admissão na UTI, 71% apresentavam o motivo principal de admissão relacionado ao diagnóstico de HIV/AIDS, 82% tinham doença oportunista ativa (predominando tuberculose) e 70% tinham contagem CD4 menor que 100cels/mm³. Mais ainda, apenas 19% apresentavam aderência ao tratamento com HAART, enquanto 59% relataram abandono ou tratamento irregular. Estes dados sugerem também que parcela significativa desses pacientes pode apresentar significativa vulnerabilidade social, agravando sua condição clínica. A mortalidade dos pacientes que tiveram solicitação de avaliação foi alta (88%), ressaltando os 19 pacientes (15% do total de solicitações) que faleceram antes mesmo da primeira avaliação. Estes dados sugerem possível demora na solicitação de avaliação da equipe de cuidados paliativos, e isso provavelmente limitou a adoção de medidas paliativas adequadas. Tal achado pode ser justificado pela dificuldade de definir prognóstico no paciente HIV/AIDS, apesar das altas prevalências de fatores relacionados à maior mortalidade. No que tange especificamente à contagem de CD4, observamos um baixo valor na maioria dos pacientes estudados. A contagem de CD4 não é mais um preditor isolado de mau prognóstico em curto prazo.^(4,21) Recentemente, o que tem sido avaliado é o estado imunoviológico na admissão hospitalar.⁽²²⁾

Analisamos, em separado, aqueles pacientes diagnosticados como provável terminalidade. Neste grupo, a mortalidade foi ainda mais alta do que o grupo total de pacientes avaliados pela equipe de cuidados paliativos (99% *versus* 88%). Mesmo os pacientes sem diagnóstico de provável terminalidade apresentaram quase o dobro da mortalidade geral da UTI no período estudado. Estes achados sugerem que a avaliação de cuidados paliativos esteve frequentemente relacionada à terminalidade. Eventualmente, estes achados poderiam indicar que outros motivos para acionamento da equipe de cuidados paliativos com comprovado benefício, como suporte no controle de sintomas e suporte à família, fossem áreas de potencial desenvolvimento para a integração entre UTI e equipe de cuidados paliativos.^(8,9,23)

Após a avaliação da equipe de cuidados paliativos, houve uma redução significativa no uso de hemoderivados, antibióticos, profilaxia contra doenças oportunistas e HAART para os pacientes diagnosticados como em provável terminalidade. Em relação ao uso de suportes artificiais de vida, observamos redução no uso de drogas vasoativas e hemodiálise, sem diferença no uso de ventilação mecânica invasiva. Nenhum paciente foi submetido à manobra de reanimação cardiopulmonar. Sabe-se que maioria das mortes na UTI é precedida pela decisão de limitar o tratamento de algum modo e inclui não escalonar as intervenções atuais, não realizar futuras intervenções e suspender algumas ou todas as intervenções, exceto aquelas necessárias para o conforto.^(17,23-25) Especificamente na terminalidade de paciente com HIV/AIDS, não há evidências para manutenção ou retirada da HAART. Os potenciais benefícios da manutenção incluem proteção contra a encefalopatia pelo HIV, alívio de sintomas constitucionais associados com carga viral elevada e conforto psicológico de combate à doença. Já os riscos incluem efeitos adversos, interações farmacológicas com medicações usadas no alívio de sintomas, dificuldade de administração pela indisponibilidade de medicação intravenosa, possibilidade de baixa absorção levando a níveis subótimos da medicação e desenvolvimento de resistência.^(21,22,26) Observamos também alta prevalência de tuberculose nos pacientes estudados, e as drogas tuberculostáticas foram mantidas em praticamente todos os pacientes após a definição de terminalidade. Possivelmente, o motivo desta conduta tenha sido epidemiológico, com o objetivo de reduzir o número de bacilíferos e, conseqüentemente, a transmissão da doença. Quando se relaciona o cuidado paliativo com uso de drogas tuberculostáticas, em geral trata-se de tuberculose multirresistente; neste contexto, a retirada da medicação é indicada apenas em casos excepcionais.⁽²⁷⁾ No entanto,

se levarmos em conta que os pacientes críticos na UTI em fase final da vida têm uma ingestão oral debilitada e absorção intestinal alterada, juntamente do potencial de toxicidade e do grande número de interações medicamentosa dos tuberculostáticos, o benefício da suspensão deve ser maior que a manutenção.

Ressaltamos também que 23% dos pacientes em terminalidade conseguiram receber alta da UTI, apesar de 94% (16/17) deles virem a falecer na enfermaria durante a internação hospitalar. Estes achados mostram potencial benefício do acompanhamento conjunto da equipe de cuidados paliativos, reduzindo o número de intervenções inapropriadas para pacientes em fase final de vida, permitindo que esses pacientes tivessem a possibilidade de um fim de vida sem o isolamento social geralmente relacionado à internação em UTI, e também com melhor alocação de recursos de saúde pública.^(17,28)

Outro achado deste estudo que consideramos digno de atenção foi aprevalência de conferências familiares realizadas, ocorridas em apenas 46% dos pacientes em provável terminalidade. O desenho deste estudo não nos permite inferir motivos para esta baixa porcentagem, embora tenhamos como hipótese a relação com alta frequência de vulnerabilidade social dos pacientes da instituição. Nesses casos, há um maior número de pacientes institucionalizados, assim como menos visitas de familiares. Independente da causa, acreditamos que este achado demonstra potencial de melhoria, uma vez que decisões sobre cuidados de fim de vida devem ser idealmente compartilhadas com pacientes e/ou famílias, evitando-se os riscos de decisões unilaterais não representarem o melhor interesse dos pacientes.^(29,30) Um potencial de melhoria, nestes casos, seria a criação de Comitês de Bioética Clínica, que pudessem colegiar e respaldar decisões médicas em pacientes institucionalizados e incapacitados de tomar decisões.

Nosso estudo limitou-se às informações registradas nas FAICP e prontuários, assim a análise de algumas variáveis

pode ter sido prejudicada, devido a dados faltantes ou incorretos. Além disso, a indisponibilidade dos prontuários pelo SAME reduziu a amostra e o número de informações disponíveis. Não foi realizado o cálculo amostral, e o número de pacientes incluídos no estudo foi delimitado por um período de 7 anos, o que reduziu o tamanho da amostra. Outra limitação referiu-se à escolha da população estudada, que incluiu apenas pacientes que tiveram solicitada a interconsulta para equipe de cuidados paliativos; portanto, não existem dados que podem ser comparados com o restante da UTI. Por ter sido realizado em um único centro hospitalar, com características bem específicas quanto ao tipo de atendimento, limitam-se a interpretação e a generalização dos dados.

CONCLUSÃO

A avaliação pela equipe de cuidados paliativos foi restrita a uma parcela pequena dos pacientes que faleceram internados na unidade de terapia intensiva. A equipe de cuidados paliativos foi solicitada para pacientes com perfil de elevadas gravidade e mortalidade, e, com frequência, foi acionada tardiamente. Os pacientes acompanhados pela equipe de cuidados paliativos avaliados como provável terminalidade tiveram significativa redução de intervenções potencialmente inapropriadas, e uma parte destes pacientes, mesmo que em número reduzido, conseguiu receber alta da unidade de terapia intensiva. Este estudo identificou diversos potenciais de melhoria, assim como potencial benefício da integração entre equipe de cuidados paliativos e unidade de terapia intensiva. Estudos prospectivos e intervencionistas são necessários para elucidar melhor essa promissora parceria.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a toda a equipe do Núcleo Interdisciplinar de Cuidados Paliativos do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of patients with HIV/AIDS and to compare the therapeutic interventions and end-of-life care before and after evaluation by the palliative care team.

Methods: This retrospective cohort study included all patients with HIV/AIDS admitted to the intensive care unit of the *Instituto de Infectologia Emílio Ribas* who were evaluated by a palliative care team between January 2006 and December 2012.

Results: Of the 109 patients evaluated, 89% acquired opportunistic infections, 70% had CD4 counts lower than 100 cells/mm³, and only 19% adhered to treatment. The overall mortality rate was 88%. Among patients predicted with a terminally ill (68%), the use of highly active antiretroviral therapy decreased from 50.0% to 23.1% ($p = 0.02$), the use of antibiotics decreased from 100% to 63.6% ($p < 0.001$), the use of vasoactive drugs decreased from 62.1% to 37.8% ($p = 0.009$), the use of renal replacement therapy decreased from 34.8% to 23.0% ($p < 0.0001$), and the number of blood

product transfusions decreased from 74.2% to 19.7% ($p < 0.0001$). Meetings with the family were held in 48 cases, and 23% of the terminally ill patients were discharged from the intensive care unit.

Conclusion: Palliative care was required in patients with severe illnesses and high mortality. The number of potentially

inappropriate interventions in terminally ill patients monitored by the palliative care team significantly decreased, and 26% of the patients were discharged from the intensive care unit.

Keywords: Palliative care; HIV; Acquired immunodeficiency syndrome; Intensive care units

REFERÊNCIAS

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. [citado 2016 Jun 5]. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Bol Epidemiológico - Aids e DST [Internet]. 2015;4(1) [citado 2015 Dez 12]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf
3. Akgün KM, Pisani M, Crothers K. The changing epidemiology of HIV-infected patients in the intensive care unit. *J Intensive Care Med.* 2011;26(3):151-64.
4. Akgün KM, Huang L, Morris A, Justice AM, Pisani M, Crothers K. Critical illness in HIV-infected patients in the era of combination antiretroviral therapy. *Proc Am Thorac Soc.* 2011;8(3):301-7.
5. Akgün KM, Tate JP, Pisani M, Fried T, Butt AA, Gibert CL, et al. Medical ICU admission diagnoses and outcomes in human immunodeficiency virus-infected and virus-uninfected veterans in the combination antiretroviral era. *Crit Care Med.* 2013;41(6):1458-67.
6. Medrano J, Álvaro-Meca A, Boyer A, Jiménez-Sousa MA, Resino S. Mortality of patients infected with HIV in the intensive care unit (2005 through 2010): significant role of chronic hepatitis C and severe sepsis. *Crit Care.* 2014;18(4):475.
7. Puntillo KA, Arai S, Cohen NH, Gropper MA, Neuhaus J, Paul SM, et al. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Crit Care Med.* 2010;38(11):2155-60.
8. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care Med.* 2014;42(11):2418-28.
9. Cook D, Rucker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med.* 2014;370(26):2506-14.
10. World Health Organization. Cancer Control Programme Department of Chronic Diseases and Health Promotion (CHP) Definition of palliative care [internet]. 2002 [cited 2016 Jan 10]. Available from: www.who.int/cancer/palliative
11. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, Levy M, Mularski RA, Osborne ML, Prendergast TJ, Rucker G, Sibbald WJ, Wilfond B, Yankaskas JR; ATS End-of-Life Care Task Force. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008;177(8):912-27.
12. Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, Park ME, Meier DE. Palliative care in the treatment of advanced heart failure. *Circulation.* 2009;120(25):2597-606.
13. Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, Lewis EF, Lutz BJ, McCann RM, Rabinstein AA, Saposnik G, Sheth KN, Zahuranec DB, Zipfel GJ, Zorowitz RD; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Clinical Cardiology. Palliative and end-of-life care in stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2014;45(6):1887-916.
14. Simms V, Higginson IJ, Harding R. Integration of palliative care throughout HIV disease. *Lancet Infect Dis.* 2012;12(7):571-5.
15. Sorenson HM. Palliative care for lung disease: start early, stay late. *Lancet Respir Med.* 2013;1(4):279-80.
16. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Lago P, et al. II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2011;23(1):24-9.
17. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2008;36(3):953-63. Erratum in *Crit Care Med.* 2008;36(5):1699.
18. Aslakson R, Cheng J, Vollenweider D, Galusca D, Smith TJ, Pronovost PJ. Evidence-based palliative care in the intensive care unit: a systematic review of interventions. *J Palliat Med.* 2014;17(2):219-35.
19. Forte DN, Vincent JL, Velasco IT, Park M. Association between education in EOL care and variability in EOL practice: a survey of ICU physicians. *Intensive Care Med.* 2012;38(3):404-12.
20. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *N Engl J Med.* 2013;368(13):1173-5.
21. Fausto JA Jr, Selwyn PA. Palliative care in the management of advanced HIV/AIDS. *Prim Care.* 2011;38(2):311-26.
22. Morquin D, Le Moing V, Mura T, Makinson A, Klouche K, Jonquet O, et al. Short- and long-term outcomes of HIV-infected patients admitted to the intensive care unit: impact of antiretroviral therapy and immunovirological status. *Ann Intensive Care.* 2012;2(1):25.
23. Curtis JR, Vincent JL. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet.* 2010;376(9749):1347-53.
24. Siegel MD. End-of-life decision making in the ICU. *Clin Chest Med.* 2009;30(1):181-94. Review.
25. Piva JP, Soares M. Cuidados de final de vida nas UTIs brasileiras, certamente não é apenas uma questão legal: treinamento e conhecimento adequados são essenciais para melhorar estes cuidados. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2011;23(4):388-90.
26. Ruiz M, Armstrong M, Reske T, Cefalu C, Anwar D. Antiretroviral therapy at the end of life: the experience of an academic HIV clinic. *Am J Hosp Palliat Care.* 2014;31(5):475-9.
27. Harding R, Foley KM, Connor SR, Jaramillo E. Palliative and end-of-life care in the global response to multidrug-resistant tuberculosis. *Lancet Infect Dis.* 2012;12(8):643-6.
28. Digwood G, Lustbader D, Pekmezaris R, Lesser ML, Walia R, Frankenthaler M, et al. The impact of a palliative care unit on mortality rate and length of stay for medical intensive care unit patients. *Palliat Support Care.* 2011;9(4):387-92.
29. Scheunemann LP, McDevitt M, Carson SS, Hanson LC. Randomized, controlled trials of interventions to improve communication in intensive care: a systematic review. *Chest.* 2011;139(3):543-54.
30. Powazki R, Walsh D, Hauser K, Davis MP. Communication in palliative medicine: a clinical review of family conferences. *J Palliat Med.* 2014;17(10):1167-77. Review.