



CUIDADO PALIATIVO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTADO DA ARTE

PALIATIVE CARE ON INTENSIVE CARE UNIT: STATE-OF-THE-ART

📍 **Raquel Melânia de Jesus Tassini**

Médica com título de especialista em Medicina Interna e Medicina Intensiva Adulto.

📍 **Joseph Fabiano Guimarães Santos**

Médico com título de especialista em Medicina Intensiva pela AMIB, doutor em epidemiologia

📍 **Maria Emília de Melo Coelho**

Professora da Pós-Graduação em Cuidados Paliativos da Faculdade UNIMED



RESUMO

No cotidiano da prática da medicina de urgência e emergência, mais especificamente na terapia intensiva, surgem diversas situações onde o paciente encontra-se na condição de um processo de morte inexorável, muitas vezes já com o suporte avançado de vida instalado. Diante desta realidade, cada vez mais presente, necessitamos de intervenções que amenizem os sofrimentos consequentes à mesma, em que a capacidade humana de compaixão e misericórdia possam prevalecer. Neste estudo fez-se revisão sistemática com descrição didática, avaliando-se a importância e necessidade da integração dos cuidados paliativos com a terapia intensiva, por se tratar de uma opção com elevada eficiência e eficácia para dar suporte na assistência aos pacientes, principalmente àqueles com doença terminal e seus familiares.

Palavras-chaves: Cuidado Paliativo. Serviço de cuidado paliativo. Unidade de Terapia Intensiva. Consultoria em cuidado paliativo. Terminalidade. Integrando o cuidado paliativo.

ABSTRACT

On the daily routine of urgency and emergency practice, more specifically on intensive care, there are many situations where the patient is in a situation of imminent death, many times with life support already applied. In such context, ever more present, we need interventions that soften its inherent suffering, where human compassion and mercy can prevail. In this study, we made a systematic bibliographic revision with a didactic description, evaluating the importance and need of the integration of palliative care with intensive care due its elevated efficiency and efficacy on patient support, especially the ones with terminal disease and their families.

Keywords: Palliative Care. Palliative Care Service. Intensive Care Unit. Palliative Care Consult. End-of-Life Care. Integrating Palliative Care.



1 INTRODUÇÃO

Em 1967, Cicely Saunders fundou em Londres o St Christhofer Hospice e deu início ao que hoje é conhecido como “Movimento *Hospice* Moderno”. O St. Christopher’s Hospice foi o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico (GOMES, 2016; INSTITUTO PALIAR, 2019).

No início da década de 1970, Cicely Saunders juntamente com a psiquiatra norte-americana Elizabeth Klüber-Ross foram pioneiras no movimento *Hospice* nos Estados Unidos. Em 1982, uma lei americana permitiu o estabelecimento do que se chama de *Hospice Care* e promoveu ações especialmente de cuidado domiciliar através de um sistema de reembolso (GOMES, 2016).

O Reino Unido foi pioneiro ao ser o primeiro país a reconhecer a medicina paliativa como especialidade médica, no ano de 1987 (GOMES, 2016). Na Inglaterra pacientes têm acesso gratuito a Cuidados Paliativos através de serviços custeados pelo governo ou por doações.

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer – INCA, do Ministério da Saúde, foi pioneiro na prática de Cuidados Paliativos (ANCP, 2019). Em 1986 iniciou atendimentos a pacientes fora da possibilidade de cura. Em 1998 inaugurou o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos Cuidados Paliativos. Em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos – ABCP – pela psicóloga Ana Geórgia de Melo (ANCP, 2019). Em 2005 foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, o que significou um enorme salto institucional, e em 2009, pela primeira vez o Conselho Federal de Medicina incluiu, em seu novo código de ética médica, os cuidados paliativos como princípio fundamental.

Os avanços da medicina que proporcionaram o prolongamento da vida, associado a uma mudança do perfil demográfico, resultaram no aumento do número de pessoas idosas com doenças crônicas degenerativas (transição epidemiológica). Doenças estas para as quais não existe tratamento curativo, e que podem prolongar-se por tempo indeterminado, como nas situações de câncer, demência, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, fragilidade entre outras. Este contexto tem contribuído para o aumento das hospitalizações e, principalmente, das internações nas unidades de terapia intensiva (UTI) (MORITZ *et al.*, 2008).

Historicamente, a terapia intensiva (TI) tem como objetivo primário salvar e prolongar a vida, enquanto a especialidade cuidado paliativo (CP) objetiva aliviar o sofrimento associado



aos problemas relacionados à doença, o que resulta na melhora da qualidade de vida dos pacientes com doenças agudas ou crônicas que ameaçam a vida ou com doenças incuráveis em fase avançada.

A prevenção e redução do sofrimento vai além de intervenções farmacológicas e são obtidas pela identificação precoce, manejo adequado e tratamento dos aspectos físico, psicossocial e espiritual dos indivíduos com doenças ou lesões graves, que ameaçam a vida ou são incuráveis.

Apesar desses objetivos inicialmente parecerem divergentes, o objetivo primário de uma é o objetivo secundário da outra, porque o prolongamento da vida, associado ao conforto e qualidade são compatíveis e complementares. Desta forma, o cuidado paliativo deve ser oferecido simultaneamente com o tratamento intensivo adequado e não ser apenas uma alternativa ao tratamento agressivo (BYOCK, 2006).

Nesta revisão objetivamos descrever de modo didático os principais conceitos e definições relacionados à prática do CP, e as principais estratégias atualmente sugeridas para a implementação da mesma, no ambiente da terapia intensiva.

2 METODOLOGIA

Revisão didática, construída a partir de uma revisão sistemática da literatura, na busca de estudos observacionais e intervencionistas, além de estudos de revisão sistemática e meta-análise, obtidos através de pesquisa eletrônica realizada no Pubmed e Medline. O período pesquisado foi entre 2006 a 2018. Os termos pesquisados foram: “*intensive care unit*”, “*critical care unit*”, “*palliative care*”, “*improving palliative care*”, “*palliative care service*”, “*palliative care consult*”, “*end-of-life care*”, “*comfort care*” e “*supportive care*”.

3 DISCUSSÃO

Muitos estudos demonstraram que o Cuidado Paliativo integrado à Terapia intensiva resulta no melhor controle de sintomas, na maior satisfação do paciente e seus familiares em relação ao tratamento recebido, na redução da mortalidade intra-hospitalar e da permanência hospitalar sem, contudo, aumentar a mortalidade, e na redução direta e indireta do custo hospitalar (PUNTILLO *et al.*, 2006; CAMPBELL, 2006; MULARSKI *et al.*, 2009; NORTON *et al.*, 2007; KYEREMANTENG *et al.*, 2018; MARTINS *et al.*, 2017; LIU *et al.*, 2017).

Devido à complexidade do tema muitos termos têm sido propostos para a descrição das condições e das intervenções no cuidado paliativo. Assim faz-se necessário definir os termos



comumente utilizados na prática diária. Aqui adotaremos as definições propostas por MORITZ *et al.*, 2008:

Ações Paliativas: são medidas terapêuticas, sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar dos pacientes e seus familiares.

Paciente em condição terminal: o paciente é considerado em condição terminal quando sua doença, independentemente da terapêutica adotada, evoluirá inexoravelmente para a morte. A irreversibilidade da doença é definida de forma consensual pela equipe médica, baseada em dados objetivos e subjetivos. Quando estabelecido esse diagnóstico, os cuidados paliativos se tornam o objetivo principal da assistência aos pacientes e familiares.

Cuidados ao fim da vida: são os cuidados prestados aos familiares e aos pacientes em fase aguda e de intenso sofrimento, na evolução final de uma doença terminal, em um período que pode preceder horas ou dias o óbito.

Tratamento fútil: é toda intervenção que não seja coerente ou que não atenda aos objetivos propostos no tratamento de um determinado paciente. Durante o tratamento de um paciente com doença terminal medidas curativas e restaurativas podem configurar tratamento fútil, tais como: suporte nutricional enteral ou parenteral; uso de drogas vasoativas; terapia de substituição renal; manutenção de ventilação mecânica invasiva e, inclusive, a própria internação ou permanência do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A identificação de medidas fúteis e a priorização dos cuidados paliativos devem ser estabelecidas de maneira consensual pela equipe multiprofissional em consonância com o paciente (se capaz), seus familiares ou o seu representante legal.

Cuidados paliativos na UTI: são os cuidados prestados dentro da UTI ao paciente crítico em condição terminal, quando a cura é inatingível e, portanto, deixa de ser o foco da assistência. Tem como objetivo primário o bem-estar do paciente, permitindo-lhe uma morte tranquila e digna.

A seguir são descritos os principais e essenciais processos para a orientação das condutas na terminalidade no ambiente da terapia intensiva. Processos estes que sempre deverão ser lembrados pela equipe multidisciplinar.

3.1 Comunicação

Para que haja comunicação, faz-se necessário que o destinatário da informação a receba e a compreenda. A informação que foi apenas transmitida, mas não foi recebida ou compreendida, não foi comunicada.



A boa comunicação impacta na qualidade assistencial no final de vida, reduz a permanência na UTI, a mortalidade dentro da UTI e o custo assistencial sem, contudo, aumentar a mortalidade intra-hospitalar (PUNTILLO *et al.*, 2006).

No ambiente da terapia intensiva não é raro a ocorrência de má comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar, entre equipe multidisciplinar e binômio paciente-família, e entre equipe e o consultor em Cuidados Paliativos (PUNTILLO *et al.*, 2006).

3.1.1 Comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar:

Alguns estudos têm demonstrado que a falta de comunicação e colaboração entre médicos e enfermeiros resulta em consequências negativas que afetam pacientes, familiares e equipe (PUNTILLO *et al.*, 2006).

Para o paciente, a má comunicação dentro da equipe pode significar que seus objetivos, desejos e preferências não serão respeitados. Para familiares, pode levar à falta de conhecimento e compreensão do plano terapêutico, desconfiança e sentimentos como culpa, ansiedade e depressão secundários à tristeza, o que tardiamente resultará em um processo de luto complicado. E para a equipe, pode gerar stress, raiva, frustração e insatisfação profissional, o que é um terreno fértil para o desenvolvimento da síndrome de Burnout (PUNTILLO *et al.*, 2006).

Atualmente, o mau relacionamento entre enfermagem e médico, agregado às diferentes filosofias de trabalho e de responsabilidades, são os principais motivos para a falta mútua de colaboração (PUNTILLO *et al.*, 2006).

As diferentes filosofias de trabalho têm origem no fato de os médicos serem tradicionalmente treinados para diagnosticar, tratar e curar. Ainda na faculdade aprendem a medicina que tem como foco o tratamento da doença, objetivando a cura acima de tudo, sem se atentarem adequadamente ao sofrimento causado pela doença per si.

Já os enfermeiros são treinados a enxergar o paciente como um todo, o que resulta em uma visão holística e menos otimista da situação. Visão esta agravada por lidarem com a morte na sua rotina diária, devido ao fato de estarem mais tempo com pacientes e familiares, o que faz com que vivenciem diretamente o processo ativo de morte (PUNTILLO *et al.*, 2006).

A qualidade do cuidado no final de vida é afetada de maneira prejudicial quando os médicos negligenciam as diretivas antecipadas do paciente; dão falsa esperança à família; evitam conversar com os familiares; não permitem que o paciente morra (no caso de morte inevitável) e têm divergência de opiniões e condutas entre si (PUNTILLO *et al.*, 2006).



Médicos e enfermeiros têm diferenças de responsabilidades. Aos médicos cabe o peso da tomada de decisões, enquanto aos enfermeiros cabe o peso de praticar decisões tomadas pelos médicos.

Visando evitar confrontos, decisões éticas e processos judiciais, principalmente quando existem conflitos familiares ou alta probabilidade da ocorrência de desfechos desfavoráveis, médicos tomam muitas decisões baseadas em resultados. Decisões estas, muitas vezes em desacordo com a opinião da enfermagem, que está mais preocupada com o sofrimento do paciente, o que pode resultar em frustração e atritos (PUNTILLO *et al.*, 2006).

Respeito mútuo, colaboração e envolvimento são essenciais para a boa comunicação. Quando ocorre diálogo a interpretação médica da doença e a visão holística da enfermagem se aproximam no curar e cuidar. O reconhecimento, compreensão e respeito pela perspectiva e responsabilidade do outro levam a tomada de decisão compartilhada. Consequentemente a prática ambiental que favorece a comunicação entre médicos e enfermeiros está fortemente relacionada ao melhor cuidado no fim de vida e satisfação profissional de enfermeiros e médicos (PUNTILLO *et al.*, 2006).

3.1.2 Comunicação entre equipe e binômio paciente-família:

Para que ocorra melhora da comunicação entre familiares e equipe multidisciplinar faz-se imprescindível comunicação precoce e intensiva (LEVY *et al.*, 2006; LAUTRETTE *et al.*, 2006).

A comunicação precoce e intensiva implica:

- i. Encontro já nas primeiras 24 horas, após a admissão na UTI, entre o médico coordenador e familiares. Este encontro é essencial para se identificar o principal responsável pela tomada de decisões, quando o paciente não é capaz de fazê-lo, informar sobre o diagnóstico e prognóstico, assim como sobre planos terapêuticos, avaliar a existência de diretivas antecipadas de vontade, e planejar reuniões subsequentes.
- ii. Boletim médico que inclua plano de cuidados atualizado fornecido pelo coordenador médico da UTI.
- iii. Enfermeiros especializados melhorando a comunicação e acolhendo paciente e familiares após o boletim médico.
- iv. Maior inclusão do enfermeiro na decisão clínica e na comunicação dos objetivos terapêuticos e do plano de cuidados para pacientes e familiares.



- v. Encontros regulares entre o médico coordenador, a equipe multidisciplinar e familiares com objetivo de dividirem a tomada de decisões (quando desejo da família) e melhorar o acolhimento visando evitar um luto complicado.
- vi. Conferência familiar. Deve ser realizada o mais cedo possível, de preferência nas primeiras 72 horas da admissão na UTI. Na conferência familiar a equipe multidisciplinar e os familiares conversam detalhadamente sobre diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento, dando aos familiares oportunidades de questionarem, manifestarem preocupações e emoções dolorosas. Este processo intensivo de comunicação fornece empoderamento à família para lidar com suas crises de forma efetiva e não danosa. Fortalece sua autonomia ao lhes fornecerem informações e o suporte de que necessitam. Ajuda os familiares a entenderem a situação do paciente, participarem da tomada de decisões caso desejem e se prepararem para o luto (MORITZ *et al.*, 2008; COELHO *et al.*, 2017; LAUTRETTE *et al.*, 2006).
- vii. Comunicação pró ativa, que melhora a comunicação sobre o cuidado no final da vida, o que é essencial para melhorar a compreensão de familiares e pacientes, principalmente quando da tomada de decisões sobre limitação de tratamento (MORITZ *et al.*, 2008; COELHO *et al.*, 2017; LAUTRETTE *et al.*, 2006).
- viii. Sala que permita privacidade na conversa dos familiares entre si, e com a equipe.

3.1.3 Comunicação entre equipe e consultor em Cuidados Paliativos:

A qualidade do cuidado na Terapia Intensiva é embasada em dois objetivos: reestabelecer a saúde através de intervenções nos pacientes recuperáveis e, aliviar o sofrimento através da palição e cuidados que amenizam o sofrimento e sequelas, permitindo uma morte digna. Por isso é primordial que haja colaboração interdisciplinar e comunicação adequada entre a equipe da Terapia Intensiva e o consultor especialista em Cuidados Paliativos (MULARSKI, 2006).

A colaboração mútua e de qualidade resultará em menor fragmentação do cuidado. Fragmentação esta, secundária aos silos de categorias profissionais e especialistas que não se comunicam, resultando em informações inconsistentes, falta de consenso sobre plano de cuidados e alto nível de stress para todo (NELSON, 2006).

3.2 Autonomia do paciente



Todo paciente, independentemente da sua condição clínica, deve sempre ter a sua autonomia respeitada, devendo ser cuidado com ênfase e respeito aos seus valores, desejos e preferências terapêuticas, desde que em concordância com a legislação do país.

Esta maneira correta, consciente e humanizada do cuidar teve seu respaldo legal na resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM). A resolução tornou a Diretiva Antecipada de Vontade um documento legal e ético permitindo aos profissionais de saúde respeitarem a vontade do indivíduo.

Para sabermos sobre uma pessoa e, respeitá-la como indivíduo, faz-se necessário conhecê-la. Uma ferramenta simples, de alta eficiência, eficácia e baixo custo que permite que toda a equipe conheça um pouco sobre o paciente é a personalização do leito na UTI. Para isto, todo leito de UTI deveria conter um quadro ou pôster com informações sobre o paciente, incluindo fotos do mesmo e dos seus familiares, suas preferências, personalidade, ocupação, gosto musical e animais de estimação.

3.3 Qualidade de vida e funcionalidade do paciente

O foco para melhora da qualidade do cuidado paliativo e do cuidado no fim de vida inclui manutenção da melhor qualidade de vida para o indivíduo no seu tempo remanescente.

A manutenção da melhor qualidade de vida implica o manejo adequado dos sintomas e cuidados para o conforto, além da manutenção da funcionalidade do paciente e do respeito a sua identidade e autonomia (MULARSKI, 2006).

3.4 Paciente-família como uma unidade de cuidados

Cuidar de paciente com doença terminal significa cuidar da família. Importante lembrar que família não são somente os parentes sanguíneos, mas sim todas as pessoas próximas ao paciente (COOK *et al.*, 2006).

O cuidado da família é realizado via compreensão do stress que estão enfrentando, conversas regulares, suporte psicológico, espiritual, social; acolhimento ao enlutado, acesso a visita irrestrita, e sala de espera humanizada (TREECE *et al.*, 2006).

Inclui também a tomada de decisões centrada no paciente, na família e compartilhada com a família, quando desejo da mesma. Para isso é imprescindível entender como e em qual nível a família deseja participar da tomada de decisões. Estudos revelaram que a grande maioria das famílias deseja que o médico compartilhe a responsabilidade.



3.5 Cuidados Paliativos na Terapia Intensiva: quando iniciar?

A distinção entre doença crítica e doença terminal tem sido obscurecida e dificultada pelo avanço tecnológico e terapêutico, o que tem atrasado a indicação dos cuidados paliativos para doentes críticos, até que a morte se torne evidente (TREECE *et al.*, 2006).

O Cuidado Paliativo é um tratamento médico que objetiva aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida não só dos pacientes com doenças incuráveis, avançadas e cujo prognóstico é reservado, mas também de seus familiares (MULARSKI, 2006).

Aborda de maneira holística o cuidado do indivíduo incluindo mente, corpo e espírito. Substitui as terapias curativas e de prolongamento da vida quando as intervenções da terapia intensiva falham no restabelecimento da funcionalidade do paciente ou da qualidade de vida (TREECE *et al.*, 2006).

Frente ao prognóstico incerto de todo paciente agudo cirúrgico ou vítima de trauma, os princípios do cuidado paliativo devem ser aplicados e realizados simultaneamente com os outros tratamentos, e a sua prática incorporada ao cuidado crítico destes pacientes. Assim sendo, aliviar o sofrimento, manejo adequado de dor e outros sintomas e a tomada de decisões compartilhada devem estar integrados na prática médica, da enfermagem e na rotina de cuidados em toda UTI de trauma ou cirúrgica (MOSENTHAL *et al.*, 2006).

Quanto mais precoce forem identificados os critérios de terminalidade, mais rápida será confecção de um plano terapêutico proporcional para o paciente e seus familiares. Assim, faz-se necessária a estratificação precoce do Cuidado Paliativo em pacientes agudos ou crônicos gravemente enfermos, internados na UTI, visando ajudar na formulação de um plano de cuidados específico e proporcional para aquele paciente.

Esta estratificação classifica o Cuidado Paliativo em quatro níveis, que são:

3.5.1 Cuidado Paliativo Precoce:

- i. Iniciado no momento do diagnóstico de doenças incuráveis com prognóstico desfavorável ou lesão de órgão alvo.
- ii. Nestes pacientes está indicado o suporte avançado de vida, inclusive reanimação cardiopulmonar caso ocorra parada cardiorrespiratória (PCR).
- iii. Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, plano de cuidados, condutas e prognóstico
- iv. Controle rígido da dor



- v. Assistência psicossocial e espiritual

3.5.2 Cuidado Paliativo Complementar:

- i. O paciente continua a receber todo o suporte avançado de vida necessário para manutenção da vida.
- ii. A evolução do quadro, bem como a resposta ao tratamento instituído devem ser rigorosamente monitorizadas e reavaliadas, geralmente em 24 a 48 horas. Dois desfechos podem ocorrer:
 - a) Paciente obtém melhora clínica com resposta satisfatória ao tratamento instituído: um evento adverso nesse contexto caracteriza-se como PCR, e deve-se proceder às manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).
 - b) Paciente obtém respostas progressivamente insuficientes ou aquém do esperado para o tratamento instituído: um evento adverso nesse contexto deve ser considerado como morte e não devem ser realizadas manobras de RCP.
- iii. Considerar evolução para Cuidado Paliativo predominante.
- iv. Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico.
- v. Controle rígido da dor.
- vi. Assistência psicossocial e espiritual.

3.5.3 Cuidado Paliativo Predominante

O paciente já recebeu todo o suporte intensivo para manutenção da vida e apresenta falha ou resposta insuficiente aos recursos utilizados, com crescente tendência ao óbito. Neste caso:

- i. Não adicionar e/ou manter terapias fúteis.
- ii. Não reanimar caso haja evento que culmine com a morte.
- iii. Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor.
- iv. Assistência psicossocial e espiritual.

3.5.4 Cuidado Paliativo Exclusivo



Para esse paciente, a morte está prevista para as próximas horas, dias ou poucas semanas. Neste caso:

- i. Suspender todas as terapias fúteis, enfocando o controle de sintomas.
- ii. Avaliar possibilidade da extubação paliativa.
- iii. Avaliar indicação de sedação paliativa caso haja refratariedade no controle dos sintomas.
- iv. Avaliar alta da UTI caso seja possível realização de Cuidado Paliativo de qualidade na unidade de internação.
- v. Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, plano de cuidados, condutas e prognóstico.
- vi. Controle rígido da dor.
- vii. Assistência psicossocial e espiritual.

Para ajudar na formulação do plano de cuidados de pacientes elegíveis para Cuidado Paliativo na terapia intensiva, cabe lembrar alguns conceitos (MORITZ *et al.*, 2008):

3.5.5 Paciente em processo ativo de morte

O paciente se encontra nas últimas semanas, dias ou horas de vida. Como sintomatologia pode apresentar fraqueza intensa e progressiva, limitação ao leito, dormir a maior parte do dia, indiferença a comidas e bebidas, dificuldade de deglutição, desorientação no tempo e desatenção, hipotensão não relacionada a hipovolemia, retenção urinária / oligúria, incapacidade de fechar os olhos, alucinações envolvendo pessoas já falecidas, referência a ir para casa ou temas similares, alterações no ritmo e padrão respiratório, respiração ruidosa e retenção de secreção, livedo e esfriamento da pele, pulso fraco e alterações do estado mental.

3.5.6 Limitação de tratamento

Equipe multidisciplinar determina a proporcionalidade entre os meios propedêuticos e / ou terapêuticos empregados e os resultados esperados para aquele paciente. À seguir, realiza-se conferência com paciente (se consciente) e familiares, objetivando conversar sobre esta proporcionalidade e conhecer os desejos e as expectativas do paciente e seus familiares. No final, equipe em conjunto com paciente e familiares, fazem o julgamento das intervenções médicas no que diz respeito aos riscos e benefícios da ação, a utilidade ou inutilidade da medida, levando em consideração o prognóstico e os custos de ordem física, psicossocial e econômica.



3.5.7 Gravidade da doença

É definida baseada na avaliação das consequências da doença. É medida pela taxa de hospitalização, sequelas e letalidade da doença.

3.5.8 Prognóstico reservado

Prognóstico médico refere-se à previsão das alterações e/ou evolução que possam ocorrer no decurso de uma doença. Antecipa a possível evolução clínica da doença baseada nos sinais e sintomas evidenciados no paciente. Dá-se o nome de prognóstico reservado àquele que é incerto ou que pressupõe um desenlace negativo da doença no paciente.

3.6 Admissão na Unidade de Terapia Intensiva de paciente já com cuidados paliativos implementados: o que fazer?

Quando o paciente que já está com cuidado paliativo implementado é admitido na terapia intensiva, torna-se essencial a identificação do motivo de solicitação da vaga. Só assim será possível definir as prioridades, avaliar as demandas e formular um plano terapêutico proporcional as individualidades do paciente e seus familiares.

As cinco situações mais recorrentes que resultam no encaminhamento do paciente já com cuidado paliativo implementado para unidade de terapia intensiva são:

- i. Ocorrência de evento agudo, não relacionado à evolução natural da doença de base, mas que resulta em piora clínica ameaçadora da vida e que necessita de cuidados intensivos.
- ii. Paciente em cuidados paliativos precoce ou complementar, com terapêuticas associadas e necessidade de intervenções específicas.
- iii. Paciente em cuidado paliativo exclusivo cujo controle adequado de sintomas e conforto necessita da utilização de recursos não disponíveis na unidade de internação.
- iv. Paciente com doença terminal cuja situação real não foi abordada com familiares.
- v. Paciente com cuidados paliativos exclusivos implementados, cujos familiares apesar de estarem bem esclarecidos, não apresentam condições emocionais para acompanharem o processo ativo de morte.



Nas três primeiras situações acima descritas, o paciente se beneficia com a terapêutica específica da unidade de terapia intensiva. Na quarta situação o paciente comumente:

- i. Apresenta uma doença terminal avançada, cuja evolução natural e prognóstico não ficaram bem esclarecidos ou não foram bem assimilados pela família.
- ii. Ou vivencia alguma intercorrência aguda devastadora, relacionada a patologia de base e que piora muito o seu prognóstico, resultando em seu processo ativo de morte.

Nestes casos, imediatamente após admissão na UTI, é imprescindível a realização do acolhimento e esclarecimento da real situação aos familiares. Somente assim, será possível o não início das medidas de suporte avançado de vida, ou até mesmo a sua retirada, caso já tenham sido implementadas antes da admissão na UTI.

Na quinta situação, o paciente geralmente apresenta uma doença terminal avançada descompensada, com estadia prolongada na unidade de internação. Seus familiares têm completa compreensão da real situação e sobre a evolução esperada. Entretanto, quando o paciente entra no seu processo ativo de morte, estes se descobrem sem condições de acompanhá-lo, aumentando suas demandas emocionais. Os profissionais da assistência incapazes de oferecerem suporte à nova demanda emocional familiar, transferem o paciente para unidade de terapia Intensiva.

Neste caso, as ações esperadas na terapia intensiva são disponibilidade e destreza no acolhimento das necessidades do paciente e seus familiares.

3.7 Integração dos Cuidados Paliativos à Terapia Intensiva

Atualmente a Terapia Intensiva de qualidade deve ser e estar equilibrada entre medidas paliativas e curativas. Quando as intervenções da Terapia Intensiva falham no reestabelecimento da funcionalidade do paciente ou da qualidade de vida, o Cuidado Paliativo substitui as terapias curativas e de prolongamento da vida (MULARSKI, 2006; CAMPBELL, 2006).

A integração dos cuidados paliativos à terapia intensiva minimiza a diferença existente entre o cuidado que deveria ser fornecido ao paciente com doença terminal e seus familiares e o que realmente é realizado como o prolongamento da morte sem controle adequado de sintomas e sem o acolhimento aos familiares (MUN *et al.*, 2017; CAMPBELL, 2006).



Esta integração é essencial para a prática da ortotanásia, ou seja, do não prolongamento da vida de um paciente em condição terminal por meios artificiais. Por isso é uma estratégia útil para garantir ao paciente que está morrendo na UTI as mesmas intervenções de quem falece em casa ou no *Hospice* (NELSON *et al.*, 2013).

Na literatura tem sido proposto e estão descritos três grandes modelos para integração dos Cuidados Paliativos à Terapia Intensiva: o modelo integrativo, o modelo de consultoria e um modelo misto que incorpora ambas as estratégias de integração e consultoria (MUN *et al.*, 2017; ASLAKSON *et al.*, 2014; CAMPBELL, 2006).

O modelo integrativo aplica os princípios e intervenções do cuidado paliativo na prática diária da equipe multidisciplinar da UTI para todos os pacientes e familiares. O modelo de consultoria foca a maior presença e envolvimento do consultor em cuidados paliativos à assistência oferecida aos pacientes e familiares dentro da UTI. Este modelo é mais aplicável nas instituições que já possuem equipes de cuidados paliativos. Particularmente útil para pacientes identificados como sendo de alto risco ou com prognóstico reservado (MUN *et al.*, 2017; ASLAKSON *et al.*, 2014; CAMPBELL, 2006).

A intervenção proativa do consultor em cuidados paliativos reduz a utilização de intervenções sem benefícios, o retardo entre a definição de mau prognóstico e a implementação do plano de Cuidados Paliativos, a permanência na UTI ou hospital, e o custo do cuidado. Tudo isto sem aumentar a taxa de mortalidade (CAMPBELL, 2006; NELSON *et al.*, 2010).

Segundo CAMPBELL (2006) para que o modelo de consultoria funcione, faz-se primordial que o consultor em Cuidados Paliativos:

- i. Tenha uma intervenção proativa.
- ii. Tenha preocupação em conhecer o ambiente, o funcionamento e o corpo clínico da UTI antes de iniciar a interconsulta. Esta atitude facilita sua aceitação por parte da equipe, que ficará mais confortável quando indicada uma intervenção.
- iii. Seja grande conhecedor sobre a doença, sua fisiopatologia que conduz ao óbito na UTI e, sobre as intervenções de rotina na UTI, interpretando o benefício versus o peso de tais intervenções quando o paciente falece.
- iv. Participe diariamente das corridas de leito para compreender a evolução da doença, e seu prognóstico incerto. Isso demonstrará para a equipe da UTI boa vontade do consultor em aprender sobre o ambiente especial da terapia intensiva.



- v. Seja humilde o suficiente para solicitar e responder ao *feedback*. A satisfação da equipe resulta em solicitações futuras de interconsulta mais precoce do que a satisfação do paciente e familiar, porque estes últimos não sabem como fazê-lo.
- vi. Esteja disponível. Uma vez definido prognóstico reservado dentro da terapia intensiva, a fase terminal da doença evolui rapidamente, especialmente se as terapias que sustentam a vida forem retiradas.

Quando da suspensão do tratamento, o paciente, dependendo da sua condição clínica, poderá falecer em minutos a horas (Exemplo: pacientes dependentes da ventilação mecânica ou com disfunção orgânica múltipla), em dias (Exemplo: Pacientes com disfunção orgânica isolada ou com isquemia cerebral extensa sem morte encefálica) ou mesmo sobreviver até a alta da UTI (Exemplo: Pacientes com demência em fase terminal ou com câncer avançado). Esta imprevisibilidade torna a disponibilidade tão importante.

A equipe da UTI espera uma resposta rápida do especialista em cuidados paliativos, pessoalmente ou por telefone, quando solicita interconsulta. Para minimizar a falta de disponibilidade 24 horas / dia nos 7 dias da semana, o consultor poderá também assistir o CTI pelo desenvolvimento de protocolos e algoritmos de cuidados na terminalidade.

3.8 Plano de cuidados individualizado

Plano de cuidados individualizado gera um prolongamento da vida e alívio do stress físico do paciente, o que promove conforto e qualidade de vida. Deve estar pronto em 24 a 48 horas após admissão na UTI e ser apresentado à família, devendo sempre ser revisto e incorporar as preferências do paciente e seus valores de qualidade de vida (TREECE *et al.*, 2006).

Ao traçar o plano de cuidados individualizado é importante lembrarmos que este deve:

- i. Tratar das complicações agudas da doença, quando indicado.
- ii. Objetivar o alívio adequado da dor e dos outros sintomas.
- iii. Evitar prolongamento inapropriado da vida e do processo de morrer (Distanásia).
- iv. Dar suporte físico, emocional e espiritual ao paciente.
- v. Dar suporte aos familiares na adaptação à doença e sua realidade.
- vi. Permitir fortalecimento da relação do paciente com seus entes queridos.



3.9 Prognóstico e tratamento

O cuidado na terminalidade é um componente integral do cuidado na Terapia Intensiva (COOK *et al.*, 2006). Devido à medicina não conseguir precisar o real prognóstico dos pacientes, muitos são, e muitos outros ainda serão submetidos ao suporte avançado de vida na UTI.

As diferentes situações que levam o paciente à UTI (patologias agudas X crônicas agudizadas) e à dificuldade de definição prognóstica dificultam a decisão sobre o manejo, limitação ou suspensão do suporte avançado de vida. Agregado a isto, o avanço tecnológico, as atitudes médicas (negação e heroísmo) e a negação cultural, social e psicológica da morte tornaram conversas sobre o morrer e sobre a suspensão do suporte avançado de vida difíceis, muitas vezes impedindo um cuidado de alta qualidade na terminalidade (COOK *et al.*, 2006).

Em todo paciente na UTI que teve falência terapêutica deveria ser discutida a suspensão do tratamento que faliu (COOK *et al.*, 2006).

Quando o prognóstico de um paciente é incerto, ou se não for possível chegar a um consenso sobre o prognóstico entre os profissionais, a aplicação de uma terapêutica por um tempo limitado, com avaliação subsequente do seu resultado, pode ser considerada e discutida com a família, desde que sempre sejam levados em consideração os princípios éticos como autonomia do paciente, beneficência ao paciente, princípio da não maleficência e a proporcionalidade de tratamento (SCHNEIDERMAN, 2006).

A aplicação dos princípios éticos na tomada de decisão médica pode gerar conflitos quando a família do paciente com doença terminal, ou em processo ativo de morte, requer tratamento pleno ou não aceita os princípios éticos. A consultoria ética ajuda a resolver estes conflitos e outros como o que fazer pelo paciente com doença terminal incapacitado e que não tem um representante legal ou uma diretiva antecipada de vontade (SCHNEIDERMAN, 2006).

3.10 Controle adequado da dor e outros sintomas

É necessária a mudança de paradigma para que a equipe multidisciplinar da UTI perceba e compreenda o cuidado paliativo como parte integrante da prática clínica. Somente assim o foco incluirá aliviar o sofrimento, ao invés de tentar curar a doença do paciente a qualquer custo.

Segundo Campbell (2015), os cinco sintomas mais frequentes nos pacientes críticos que estão morrendo na UTI são dor, dispneia, ansiedade, delirium e respiração ruidosa. Outros



sintomas indesejados incluem fraqueza, fadiga, anorexia, constipação, náusea, tosse e secreção, depressão, agitação, sede e alterações do sono.

Na terminalidade a ênfase do cuidado é a avaliação e alívio dos sintomas. Independentemente do mecanismo utilizado, o controle adequado de qualquer sintoma inclui avaliação periódica, intervenção quando necessário e reavaliação sempre após cada intervenção.

3.10.1 Dor

Alívio da dor é o principal objetivo. Procedimentos dolorosos devem ser evitados.

Os opioides são ainda a principal opção para controle da dor em pacientes críticos. Morfina e Fentanil são os mais utilizados (CAMPBELL 2015). A pré-medicação com analgésico opióides é essencial antes da realização de procedimentos dolorosos que não podem ser evitados, tais como aspiração traqueal.

Uma dose inicial de Morfina (5mg) ou de Fentanil (0,05mg) é sugerida para pacientes que nunca utilizaram opioides (CAMPBELL 2015). A via de administração deve ser endovenosa. O bolus intravenoso está indicado para pacientes com dor episódica, enquanto a infusão contínua é utilizada quando a dor é frequente ou constante.

A constipação é um efeito colateral indesejável, porém comum dos opioides, devendo ser prevenida antes da sua ocorrência, com a prescrição de estimulantes ou laxantes osmóticos. Entretanto, quando o óbito é esperado em até 24 horas, os laxativos não estão indicados.

Outras formulações não opioides como anti-inflamatórios não esteroides (Exemplo: Cetorolaco) e anticonvulsivantes (Exemplo: Carbamazepina, Gabapentina) podem ser coadjuvantes aos opióides (Exemplo: No tratamento da dor neuropática) (CAMPBELL 2015).

3.10.2 Dispneia

Oxigênio suplementar reduz a dispneia apenas nos pacientes hipoxêmicos.

Para alívio da dispneia no final da vida ou refratária ao tratamento em outras enfermidades, os opioides são o medicamento de escolha. Todavia, as evidências estão limitadas ao uso oral ou parenteral da Morfina e Fentanil. O uso inalatório através da nebulização não foi rigorosamente estudado (CAMPBELL 2015).



A dose inicial utilizada geralmente é menor do que a dose inicial utilizada para controle da dor. Sugere-se dose inicial de Morfina de 2mg para via endovenosa ou 6mg para via enteral (CAMPBELL, 2015; TRUOG, 2008).

Benzodiazepínicos não são medicamentos de primeira linha, mas podem ser utilizados como coadjuvantes aos opioides na tentativa de redução da ansiedade associada à dispneia (CAMPBELL 2015). Outros medicamentos que podem ser agregados são os diuréticos, corticoides e broncodilatadores.

3.10.3 Ansiedade

Apesar da intensificação da presença do médico e de familiares reduzirem a ansiedade, medicamentos podem ser necessários. A escolha do medicamento é baseada no objetivo terapêutico.

Para o alívio de ansiedade leve a moderada são utilizados benzodiazepínicos de ação curta, como o Lorazepam (1mg) ou Midazolam (0,5mg). Drogas sedativas como o Propofol (0,005mg/Kg/min) ou Dexmedetomidina (0,2 a 0,7 mg/Kg/min) podem ser necessárias para o alívio da ansiedade grave ou se o objetivo do tratamento é a sedação (CAMPBELL, 2015; TRUOG, 2008).

3.10.4 Delirium

É um distúrbio da consciência caracterizado por um estado agudo de confusão mental, que apresenta alternância entre períodos de lucidez e momentos de exacerbação dos sintomas. Dentre as diversas manifestações clínicas do delirium as principais são déficit de atenção com dificuldade em manter diálogos ou obedecer a comandos simples, desorientação espacial e temporal, desorganização do pensamento com discursos incoerentes, alucinações e delírios, agressividade e alteração do ciclo sono-vigília com predomínio de sonolência diurna e agitação noturna (CAMPBELL, 2015; TRUOG, 2008).

Quando acompanhado por alterações psicomotoras é definido com delirium hiperativo (Delirium com aumento da atividade motora como agitação) ou delirium hipoativo (Delirium acompanhado por lentificação da atividade motora) (CAMPBELL, 2015).

O delirium hiperativo frequentemente se apresenta associado com alucinações e delírios. Sua etiologia é multifatorial e inclui idade avançada, demência prévia, medicamentos



(Benzodiazepínicos e opioides), hipoxemia, privação do sono, alterações metabólicas, sedação prolongada e lesão cerebral dentre outras (CAMPBELL, 2015).

Intervenções ambientais como iluminação adequada, redução da poluição sonora e uso de óculos com lentes corretivas e aparelhos auditivos são eficazes na prevenção.

No delirium hiperativo faz-se necessário o uso de medicamento. Podem ser utilizados medicamentos antipsicóticos como Haloperidol (< 3,5mg/dose), Risperidona (comprimido 2 mg de dissolução oral), Quetiapina e Olanzapina (comprimido 5 mg de dissolução oral) (CAMPBELL, 2015).

No paciente acordado com delirium hiperativo e que interage com a família, o Haloperidol tem sido a droga de escolha pelo efeito menos sedativo, apesar de risco de prolongar o intervalo QT (CAMPBELL, 2015; TRUOG, 2008).

Para pacientes com delirium hiperativo muito agitados podem ser utilizadas drogas sedativas como benzodiazepínicos (droga de segunda linha por poder piorar ou causar delírio), Propofol e Dexmedetomidina (CAMPBELL, 2015).

3.10.5 Respiração ruidosa

Condição natural que ocorre nas últimas horas de vida. A expressão “respiração ruidosa” é utilizada para descrever o ruído produzido pelo acúmulo na faringe, de saliva ou secreção (CAMPBELL, 2015). É muito comum nos pacientes próximos da morte e que estão fracos ou sonolentos, tornando-se incapazes de limparem ou deglutirem inclusive pequenos volumes de saliva ou secreção.

3.11 Sedação Paliativa

Somente quando da incapacidade de controle adequado dos sintomas, mesmo após a utilização adequada de todos recursos e intervenções paliativas convencionais, devemos considerar e avaliar cuidadosamente a indicação de sedação paliativa (ASLAKSON *et al.*, 2014; CAMPBELL, 2015).

É um procedimento ético legal que visa: aliviar sintomas intoleráveis e refratários ao tratamento; minimizar o sofrimento; oferecer conforto e dignidade; e aliviar a angustia intolerável do paciente (MAZUTTI *et al.*, 2016).



É uma abordagem apropriada nos cuidados finais de vida não devendo em nenhuma hipótese ser confundida com a eutanásia e, nem ser utilizada antes de esgotados os recursos e intervenções paliativas convencionais para alívio dos sintomas e sofrimento.

Não é o uso de doses terapêuticas de sedativos para induzir o coma, controlar convulsões ou atingir sincronismo com a ventilação mecânica. Nem o uso titulado de opioides visando alívio da dor. Implica o uso de medicação tendo como objetivo sedar o paciente até a inconsciência, quando a analgesia e/ou sedação menos profunda foram incapazes de controlar e aliviar os sintomas (CAMPBELL, 2015).

3.12 Prolongamento inadequado e desnecessário da vida (Distanásia)

A constituição brasileira declara que a dignidade humana na morte é um direito primário, o que se alinha com a retirada do suporte de vida. A resolução número 1.805/2006 do CFM dá suporte à suspensão de tratamentos fúteis para doença grave e incurável, em fase terminal, se aceita pelo paciente ou por seu representante legal.

Na UTI, as limitações de suporte avançado de vida mais prevalentes são: ordem para não ressuscitar; suporte ventilatório; droga vasoativa; e terapia de substituição renal ⁽⁵⁾.

A decisão sobre limitação de tratamento que mantém a vida na UTI deve ser baseada em princípios éticos como (SCHNEIDERMAN, 2006):

- i. Autonomia do paciente
- ii. Não maleficência
- iii. Distribuição justa dos recursos, que devem ser utilizados de forma justa e equilibrada.

Razões para manter ou retirar o tratamento devem incluir a recusa do paciente, a futilidade do tratamento devido ao prognóstico reservado, qualidade de vida limitada, e a falência terapêutica. Nunca realizar distanásia diante da falência terapêutica (SCHNEIDERMAN, 2006).

Visando a não maleficência, o médico está autorizado a suspender intervenções fúteis, que somente prolongam o morrer, sem trazer benefícios para o paciente.

Quando indicada, a limitação ou retirada do suporte avançado de vida deve ser feita com o envolvimento da equipe multidisciplinar, do paciente (se capaz) e da família, para assegurar que a decisão seja coerente com os valores e objetivos daquele indivíduo.

O processo de retirada do suporte deve sempre ser supervisionado e realizado com preparação. Todos os esforços para evitar desconforto, manter analgesia e controle de sintomas



como dor, agitação e dispneia precisam estar assegurados. Exemplos são sedação e analgesia antes e durante retirada do suporte ventilatório e a não realização de procedimentos invasivos.

Quando discutir com o paciente e a família sobre deixar de oferecer novas terapias ou retirar as que estão em vigência, deixar claro que se continuará a fornecer ao paciente e familiares um tratamento de suporte que visa sobretudo ao conforto.

No ambiente da terapia intensiva, os suportes avançados que mais tem sua manutenção ou retirada discutidos são nutrição e hidratação artificial, terapia de substituição renal e suporte ventilatório.

3.12.1 Nutrição e hidratação artificial

Suporte nutricional enteral e hidratação artificial não melhoram os desfechos dos pacientes em fase final de vida, podendo inclusive piorar o desconforto (COELHO *et al.*, 2017). Deste modo, são intervenções clínicas que podem ser suspensas ou retiradas a qualquer momento durante o tratamento.

Esta decisão deve ser baseada em evidências, boas práticas e julgamento. Sempre se devendo ter e manter uma linha de comunicação efetiva com paciente e seus familiares e/ou responsável pelas decisões, e respeitar a autonomia do paciente.

3.12.2 Terapia de substituição renal:

No Brasil, o número de pacientes com doença renal crônica que precisam de diálise triplicou, aumentado de 42.695 pacientes no ano de 2000, para 122.825 no ano de 2016, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia. A maior prevalência ocorrendo na região sudeste (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016). Muitos destes pacientes foram tratados na UTI.

Os nefrologistas têm domínio sobre as recomendações bem definidas para início e interrupção da diálise. Por este motivo, uma vez instituída a diálise os nefrologistas devem reavaliar continuamente a utilidade deste procedimento. A equipe da UTI deve discutir cada paciente individualmente com os nefrologistas e procurar chegar a um consenso.

Segundo COELHO *ET AL* (2017), uma prática amplamente aceita é a retirada de terapia de substituição renal, quando o tratamento já não mais é benéfico para o paciente. Já existem alguns protocolos que definem ser adequado não iniciar ou suspender a terapia de substituição renal em:



- i. Pacientes com capacidade de decidir, após terem sido plenamente informados e por escolha voluntária, recusam a diálise ou solicitam que ela seja descontinuada.
- ii. Pacientes que não mais tem capacidade de decidir e que previamente indicaram recusa da diálise em uma diretiva antecipada oral ou escrita.
- iii. Pacientes que não mais tem capacidade de decidir e cujo representante, legalmente aceito, recusa a diálise ou solicita que ela seja descontinuada.
- iv. Pacientes com comprometimento neurológico irreversível e profundo.
- v. Pacientes com lesão renal aguda, nefropatia crônica ou nefropatia terminal com prognóstico muito reservado ou para aqueles nos quais a diálise não pode ser conduzida com segurança. Nesta última categoria encontram-se pacientes incapazes de cooperar (Exemplo: paciente com demência avançada que remove o cateter ou circuito da diálise) ou pacientes clinicamente muito instáveis (Exemplo: Hipotensão grave e refratária).

Quando se decide pela retirada da diálise, tanto pacientes quanto familiares devem receber suporte emocional. Devemos estar atentos para controle adequado da dor, prurido urêmico, distúrbios do sono, náuseas, vômitos e constipação, que são os sintomas físicos mais comuns nos pacientes que tiveram a diálise suspensa (COELHO *et al.*, 2017).

3.12.3 Extubação paliativa

Outra tomada de decisão difícil se refere à retirada da ventilação mecânica.

A extubação paliativa deve ser considerada nos pacientes que não deveriam ter sido submetidos ao suporte ventilatório invasivo, porém foram entubados e encaminhados ao CTI devido à falta de comunicação prévia referente aos objetivos terapêuticos. Também deve ser considerada nos pacientes que apresentam evolução ruim de tratamentos associados à comorbidades prévias e, nos pacientes comprometimento cognitivo grave e irreversível (COELHO *et al.*, 2017).

Mundialmente tem ocorrido um crescimento progressivo na aceitação de que a retirada da ventilação mecânica pode ser parte de ações paliativas nas Unidades de Terapia Intensiva (BILLINGS, 2012).



Caso se defina pela extubação paliativa, visando assegurar a dignidade do paciente, faz-se imprescindível haver preparo da equipe de profissionais de saúde, da família e do próprio paciente (COELHO *et al.*, 2017).

O preparo da equipe é realizado através da revisão detalhada dos procedimentos e das medidas que serão realizados com a equipe ao redor do paciente.

O preparo da família pela retirada da monitorização, tratamentos e medicamentos desnecessários, permissão da visita irrestrita e acolhimento pela equipe multidisciplinar.

O preparo do paciente inclui várias etapas, dentre elas:

- i. A suspensão da dieta enteral 12 horas antes da extubação, caso a esteja recebendo.
- ii. Interrupção do uso de bloqueador neuromuscular.
- iii. Permanência da equipe próxima ao paciente.
- iv. Nos pacientes não comatosos e nos comatosos com sinais de sofrimento respiratório, assegurar que estejam recebendo opioides e/ou benzodiazepínicos via parenteral antes, durante e após a extubação, para controle e tratamento dos sintomas mais frequentemente relacionados à remoção da ventilação mecânica invasiva e volta à respiração natural como dispneia, ansiedade e agitação (CAMPBELL, 2015; BILLINGS, 2012).
- v. Manutenção de acesso venoso para administração de medicamentos para conforto do paciente. Nesta situação, não utilizar via subcutânea ou enteral por demorarem mais para agir.
- vi. Manter a cabeceira do leito elevada entre 30 a 35 graus.

Quando se conhece a proposta de extubação paliativa 24 a 48 horas antes da realização do procedimento, a administração de Dexametasona (4mg QID) pode reduzir a incidência de estridor após a extubação (CAMPBELL, 2015).

Já nos pacientes com edema pulmonar intersticial, detectados pela ausculta respiratória ou radiografia de tórax, a administração de diurético reduzirá o esforço respiratório e a retenção de secreção após a extubação. Oxigênio suplementar é desnecessário, a menos que o paciente esteja hipoxêmico com sofrimento respiratório (CAMPBELL, 2015).

Famíliares devem estar conscientizados sobre a possibilidade de o paciente falecer em minutos, na primeira hora após a extubação, ou manter a respiração natural por horas ou dias após à extubação paliativa.



4 CONCLUSÃO

A taxa de mortalidade nas UTI de um modo geral ainda é elevada e a equipe multiprofissional frequentemente se depara com situações complexas de falência terapêutica, onde muitas vezes não se consegue evitar a morte e nem respeitar a vontade de pacientes e seus familiares. Alguns fatores como a cultura de salvar e prolongar a vida, falhas na comunicação, tomadas de decisões sem participação da família, cuidados no final de vida inconsistentes com os desejos do paciente, manejo inadequado da dor e outros sintomas durante o processo de morrer, associados ao prognóstico incerto do paciente, tornam a terminalidade na terapia intensiva uma experiência traumatizante. Somente com a incorporação e assimilação da filosofia, princípios e práticas dos cuidados paliativos pela equipe multiprofissional e especialistas envolvidos no cuidado do paciente, independentemente do prognóstico, pode-se superar os desafios impostos pela terminalidade no ambiente da terapia intensiva.

Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte (Cicely Saunders 1918-2005).

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Ancp e Cuidados Paliativos no Brasil*. ANCP, (s.d.). Disponível em: <https://bit.ly/2C0735q>.
- ASLAKSON, R. *et al.* Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. *Journal of Palliative Medicine*, v.17, n.2, p. 219-235, 2014.
- BILLINGS, J.A. Humane terminal extubation reconsidered: The role for preemptive analgesia and sedation. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*. v.40, n.2, p. 625-630, 2012.
- BYOCK, I. Improving palliative care in intensive care units: Identifying strategies and interventions that work. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*. v.34, n.11, p.302-305, 2006.
- CAMPBELL, M.L. Caring for Dying Patients in the Intensive Care Unit: Managing Pain, Dyspnea, Anxiety, Delirium, and Death Rattle. *AACN Advanced Critical Care*. v.26, n.2, p.110-120, 2015.
- CAMPBELL, M.L. Palliative care consultation in the intensive care unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.355-358, 2006.
- COELHO, C.B.T & YANKASKAS, J.R. Novos Conceitos em Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Rev Bras Ter Intensiva)*, v. 29, n.2, p.222-230, 2017.



COOK, D. *et al.* Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p. 317-323, 2006.

CURTIS, J.R & ENGELBERG, R. Measuring success of interventions to improve the quality of end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*. v.34, p.11, p.341-347, 2006.

GOMES, A & OTHERO, M. Cuidados Paliativos. *Estudos Avançados*, v.30, n.88, p.155-165, 2016.

INSTITUTO PALIAR. Cuidados Paliativos. Instituto Paliar, (s.d.). Disponível em: <https://bit.ly/326gCKu>.

KYEREMANTENG, K. *et al.* The Impact of Palliative Care Consultation in the ICU on Length of Stay: A Systematic Review and Cost Evaluation. *Journal of Intensive Care Medicine (J Intensive Care Med)*, v.33, n.6, p.346-353, 2018.

LAUTRETTE, A. *et al.* End-of-life family conferences: Rooted in the evidence. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p. 364-372, 2006.

LEVY, M. M & MCBRIDE, D.L. End-of-life care in the intensive care unit: State of the art in 2006. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.306-308, 2006.

LIU, X. *et al.* Effects of hospital palliative care on health, length of stay, and in-hospital mortality across intensive and non-intensive-care units: A systematic review and metaanalysis. *Palliative & Supportive Care (Palliat Support Care)*, v.15, n.6, p.741-752, 2017.

MARTINS, B. D. C. P. C. C; OLIVEIRA, R. A; CATANEO, A. J. M. Palliative care for terminally ill patients in the intensive care unit: Systematic review and metaanalysis. *Palliative & Supportive Care (Palliat Support Care)*, v.15, n.3, p.376-383, 2017.

MARTINS, C.T.B. *Diálise no Brasil: cenário atual e desafios – Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2016*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2016.

MAZUTTI, S.R.G.; NASCIMENTO, A.F.; FUMIS, R.R.L. Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Rev Bras Ter Intensiva)*, v.28, n.3, p.294-300, 2016.

MORITZ, R.D. *et al.* Terminalidade e Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Ver Bras Ter Intensiva)*, v.20, n.4, p. 422-428, 2008.

MOSENTHAL, A.C & MURPHY, P.A. Interdisciplinary model for palliative care in the trauma and surgical intensive care unit: Robert Wood Johnson Foundation Demonstration Project for Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.399-403, 2006.

MULARSKI, R.A. Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.309-316, 2006.



MULARSKI, R.A. *et al.* Pain Management Within the Palliative and End-of-Life Care Experience in the ICU. *Chest*, v. 135, p.1360-1369, 2009.

MUN, E. *et al.* Use of Improving Palliative Care in the ICU (Intensive Care Unit) Guidelines for a Palliative Care Initiative in an ICU. *The Permanent Journal (Perm J)*, v.21, p.16-037, 2017.

NELSON, J.E. *et al.* Choosing and Using Screening Criteria for Palliative Care Consultation in the ICU: A Report From the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.41, n.10, p.2318-2327, 2013.

NELSON, J.E. *et al.* Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.38, n.9, p.1765–1772, 2010.

NELSON, J.E. Identifying and overcoming the barriers to high-quality palliative care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.324-331, 2006.

NORTON, S.A. *et al.* Proactive palliative care in the medical intensive care unit: Effects on length of stay for selected high-risk patients. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.35, n.6, p.1530-1535, 2007.

PUNTILLO, K.A; MCADAM, J.L. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.332-340, 2006.

SCHNEIDERMAN, L.J. Effect of ethics consultations in the intensive care unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.359-363, 2006.

TREECE, P.D. *et al.* Integrating palliative and critical care: Description of an intervention. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.380-387, 2006.

TRUOG, R.D. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.36, n.3, p.953-963, 2008.