

A atuação médica nos cuidados paliativos de pacientes terminais internados em unidade de terapia intensiva*Medical performance in palliative care for terminally ill patients admitted to an intensive care unit**Actuación médica en cuidados paliativos del paciente terminal ingresado en una unidad de cuidados intensivos***Isabela Rodrigues de Oliveira^{1*}**

ORCID: 0000-0001-9972-3222

Anne Christina Faria**Mascarenhas¹**

ORCID: 0000-0002-6244-8850

Albervania Reis Paulino²

ORCID: 0000-0003-1909-8063

Bruno Alves Anselmo¹

ORCID: 0000-0003-2048-7912

João Salviano Rosa Neto¹

ORCID: 0000-0003-2646-5415

Natã Cordeiro Amorim¹

ORCID: 0000-0001-8833-5283

Rubenhaone Alberto Paulino¹

ORCID: 0000-0002-1934-6947

Stela Caroline de Oliveira Melo¹

ORCID: 0000-0002-3860-2600

Simone Mendonça Reis³

ORCID: 0000-0001-8185-8348

Dayane Quintino Vasconcelos¹

ORCID: 0000-0002-3761-8862

¹Centro Universitário Atenas.
Minas Gerais, Brasil.

²Centro Universitário Serra dos
Órgãos. Rio de Janeiro, Brasil.

³Universidade Nove de Julho. São
Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Oliveira IR, Mascarenhas ACF, Paulino AR, Anselmo AR, Rosa Neto JS, Amorim NC, Paulino RA, Melo SCO, Reis SM, Vasconcelos DQ. A atuação médica nos cuidados paliativos de pacientes terminais internados em unidade de terapia intensiva. Glob Acad Nurs. 2023;4(Spe.1):e375. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200375>

***Autor correspondente:**bebela_oliveira@hotmail.com

Submissão: 08-07-2022

Aprovação: 02-04-2023

Resumo

Objetivou-se dissertar sobre a atuação médica nos cuidados paliativos no ambiente de Unidade Intensiva. Trata-se de uma revisão bibliográfica elaborada e redigida de maneira integrativa. Os cuidados paliativos não são uma novidade na prática médica. No ambiente intensivo, esses cuidados são rotineiramente ignorados ou implantados de forma deficitária. O médico no cuidado intensivo deve estar preparado para encarar dilemas práticos, éticos e culturais. Além de ser apto a indicar a interrupção de tratamentos e ser capaz de passar informações claras e precisas aos pacientes e familiares. O profissional deve também estar apto a indicar extubação paliativa, interrupção da diálise e a manejar os principais sintomas apresentados por pacientes terminais, como a dor, a dispneia, a náuseas e o vômito. Porém, o que se percebe é que a maioria dos profissionais não são capazes de realizar cuidados paliativos no ambiente intensivo. Neste sentido, este estudo busca discutir práticas paliativas no cuidado do paciente terminal internado em Unidade de Terapia Intensiva a partir de evidências e experiências de grandes centros.

Descritores: Cuidados Paliativos; Doente Terminal; Cuidados Críticos; Ensino; Unidade de Terapia Intensiva.**Abstract**

The aim was to discuss medical performance in palliative care in the Intensive Unit environment. This is a bibliographical review prepared and written in an integrative manner. Palliative care is not new to medical practice. In the intensive environment, this care is routinely ignored or poorly implemented. The intensive care doctor must be prepared to face practical, ethical, and cultural dilemmas. In addition to indicating the interruption of treatments and providing clear and precise information to patients and family members. The professional must also be able to recommend palliative extubation, and interruption of dialysis and manage the main symptoms presented by terminal patients, such as pain, dyspnea, nausea, and vomiting. However, what is clear is that most professionals are not capable of performing palliative care in an intensive environment. In this sense, this study seeks to discuss palliative practices in the care of terminally ill patients admitted to an Intensive Care Unit based on evidence and experiences from large centers.

Descriptors: Palliative Care; Terminally Ill; Critical Care; Teaching; Intensive Therapy Unit.**Resumen**

El objetivo fue discutir la actuación médica en cuidados paliativos en el ambiente de Unidad Intensiva. Se trata de una revisión bibliográfica elaborada y escrita de manera integradora. Los cuidados paliativos no son nuevos en la práctica médica. En el entorno intensivo, esta atención se ignora o se implementa mal de manera rutinaria. El médico de cuidados intensivos debe estar preparado para afrontar dilemas prácticos, éticos y culturales. Además de poder indicar la interrupción de tratamientos y poder brindar información clara y precisa a pacientes y familiares. El profesional también debe poder recomendar la extubación paliativa, la interrupción de la diálisis y manejar los principales síntomas que presentan los pacientes terminales, como dolor, disnea, náuseas y vómitos. Sin embargo, lo que está claro es que la mayoría de los profesionales no son capaces de realizar cuidados paliativos en el entorno intensivo. En este sentido, este estudio busca discutir prácticas paliativas en el cuidado de pacientes terminales ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos a partir de evidencias y experiencias de grandes centros.

Descriptor: Cuidados Paliativos; Enfermo Terminal; Cuidado Crítico; Enseñando; Unidad de Terapia Intensiva.

Introdução

A década de 1960 trouxe uma evolução importante para os cuidados em saúde. A preocupação com pacientes oncológicos que morriam em sofrimento e em lares de caridade com condições precárias, levou profissionais de saúde a perceberem a existência de uma grande lacuna dos serviços de saúde no cuidado dirigido a pacientes terminais. Havia, entre vários aspectos deficitários, entraves na comunicação, no atendimento adequado aos pacientes e aspectos psicossociais da saúde que eram ignorados¹.

Os cuidados paliativos surgem nesse contexto como uma busca de garantir dignidade aos pacientes terminais. A palavra paliativo, que advém do termo latino “*pallium*” que significa camuflar, traduz a busca por aliviar sintomas quando a condição de adoecimento já não pode ser curada. É uma busca por cuidar da pessoa e emponderá-la em seu próprio cuidado, enquanto a morte se aproxima. Visa maximizar a qualidade de vida através do controle de sintomas, apoio psicológico e espiritual, garantindo que o paciente tenha autonomia no momento mais difícil da vida humana².

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora não só a qualidade de vida do paciente, como também dos seus familiares, quando enfrenta problemas associados a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção, do alívio do sofrimento, da identificação precoce e avaliação apurada do tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual³.

Embora o conceito de cuidados paliativos seja bastante adotado, há grandes barreiras na implementação dessa assistência. Os cuidados paliativos, atualmente, não fazem parte do atendimento clínico de rotina e há limitações na compreensão de quais as maneiras de se efetivar esse cuidado essencial².

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) representam um local de assistência com alta mortalidade, que variam de 20% a 35%, a depender da região geográfica, e com aumento das internações nos últimos anos. Na ausência de resposta a tratamento e objetivos de cuidado, torna-se essencial que as UTIs tenham suporte adequado para garantir uma morte digna. Contudo, o que se observa é a falta de compreensão da maioria dos profissionais sobre a suspensão/retirada de intervenções e sobre os suportes que devem ser oferecidos no final da vida⁴.

Dessa maneira, o presente artigo tem como objetivo apresentar a importância dos cuidados paliativos para paciente já em fase terminal em UTI. Além disso, demonstrar de forma crítica como os médicos devem se comportar perante as adversidades tanto com o paciente em si, como também com seus familiares em momentos de conflitos.

Metodologia

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, metodologia de investigação definida⁵ como a busca por material elaborado e chancelado por pares, como livros e artigos científicos. Caracteriza-se, ainda, por uma pesquisa que busca garantir uma visão ampla dos fenômenos que a

investigação direta não pode trazer todos os aspectos. Complementarmente, estudo⁶ apresenta como um estudo que realiza análise e síntese das informações relevantes ao tema do estudo, sendo a sua função resumir os conhecimentos existentes sobre um problema de pesquisa.

Para a execução deste estudo, uma revisão crítica da literatura, pesquisou-se os termos cuidados intensivos, cuidados paliativos, unidade de terapia intensiva, paliativíssimo, comunicação médica e paciente terminal, nas bases Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e os seus diferentes bancos de dados, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Sistema de Análise e Recuperação Online da Literatura Médica (MedLine).

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: artigos originais, revisionais e relatos de experiência, redigidos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, publicados entre 2011 e 2021, disponíveis integralmente de forma on-line, relevantes ao tema buscado. Ademais, foi realizada a análise Temática de Conteúdo⁷.

Resultados e Discussão

Comunicação médica no ambiente de UTI

O ambiente de UTI envolve diversas incertezas e questões éticas, motivo pelo qual a comunicação sofre barreiras dentro da própria equipe, da equipe com os pacientes e com os familiares. O médico no ambiente da UTI tem que lidar com a imprevisibilidade dos resultados, o que afeta as decisões, aumenta o estresse envolvido e os dilemas éticos, como o dilema de quando suspender tratamentos que dão sustentação a vida, que deve envolver familiares e que, portanto, uma boa comunicação⁴.

No panorama atual, observa-se que o ambiente de UTI representa um local de conflito, causando animosidade, desconfianças e comunicação deficitária. Os conflitos estão relacionados a desentendimentos sobre prognóstico e sobre planos de tratamento, ocorrendo quase sempre, dentro da própria equipe, transmitindo insegurança ao paciente e aos familiares⁴.

Foi realizado um estudo transversal com 103 pacientes internados em UTI buscando aferir a qualidade da comunicação. Os pacientes relataram entre as falhas de comunicação a pouca quantidade de informações repassadas, embora houvesse o desejo de saber mais, também comunicaram a necessidade de maior sensibilidade dos médicos, confiança no relato de dor e desconforto e sentiram necessidade de maior tempo de atenção. Embora na escala a comunicação geral tenha sido boa, a comunicação de fim de vida foi considerada ruim pelos pacientes. Mesmo os que consideraram boa, nesse estudo, apontaram necessidade de maior tempo disponível para esclarecimento sobre a condição clínica, tratamento e prognóstico da condição clínica⁸.

É apontado que, fornecer informações frequentes sobre o diagnóstico, tempo de internação, falar sobre os aspectos comuns da vida cotidiana e instigar o desejo de retorno à vida normal, assim com abordar a espiritualidade e o compartilhamento de decisões são elementos da comunicação que causam maior conforto ao paciente no cuidado intensivo⁸.



No ambiente de UTI, também é preciso se atentar aos pacientes inconscientes e sedados que não podem emitir opinião. A comunicação com a família é um grande desafio e fonte de diversos conflitos, que surgem, principalmente, quando a família não concorda com condutas da equipe, quando se sentem alijados do processo de decisão ou quando a equipe discorda de condutas que a família deseja que sejam adotadas. Por isso, é preciso nesse processo, garantir acesso à informação clara, direta e honesta sobre o risco e benefício de tratamentos e prognóstico. São apontadas como dificuldades de comunicação o uso de jargões médicos, falta de treinamento de equipes em comunicação, a rotação de profissionais com diferentes habilidades de comunicação^{9,10}.

Pesquisadores¹¹ evidenciaram como a comunicação atual é ineficiente e problemática. No estudo que envolveu 75 familiares de pacientes em uma UTI neurocirúrgica, observaram que mais de 70% dos familiares avaliados não compreenderam, em algum momento, o diagnóstico, prognóstico ou tratamento. Menos de 30% dos pacientes compreenderam os três itens avaliados. A compreensão foi menor entre os pacientes idosos e com pior prognóstico. Esse estudo traz como problemática a incapacidade de um familiar que não compreende as informações determinar o que é melhor para o paciente.

Entre as causas de comunicação deficitária estão a inadequada formação dos médicos em habilidades comunicacionais, a complexidade dos ambientes de UTI, o alto tempo em que os médicos passam dentro do ambiente de UTI, utilizando linguagem própria e interagindo com equipamentos tecnológicos, como ventiladores mecânicos e monitores de sinais vitais^{9,10}.

Para a comunicação eficaz, aponta-se que:

"O médico deve partir dos tópicos que são relevantes para cada família e estar consciente de que a ideia dos familiares sobre a doença e as perspectivas podem ser muito diferentes das suas. O médico também tem que receber informações e entender as novidades sobre as expectativas do paciente, coisas que as famílias provavelmente conhecem melhor. Os médicos têm o dever de verificar se a troca de informações ocorreu e se foi dada e recebida corretamente, principalmente quando decisões delicadas e irreversíveis devem ser tomadas com base nessa mesma troca"^{9:382}.

Ainda é apontado que para comunicação eficaz é necessário o *feedback*. Isto é, indagar a família e o paciente sobre a informação que receberam. O que compreenderam e quais as dúvidas que restaram sobre a condição do paciente^{9,10}.

O Quadro 1 reúne os principais elementos para se garantir uma comunicação eficaz.

Quadro 1. Elementos necessários para uma comunicação eficiente. Paracatu, MG, Brasil, 2022

Comunicação eficiente no ambiente de UTI

- Comunicação clara, precisa e sem jargões sobre condição e prognóstico
- Garantia de privacidade e conforto no momento de realizar as comunicações
 - Comunicação consistente, evitando-se contradições
 - Comunicar riscos e prognósticos em termos quantitativos
 - Verificar se a informação dada foi compreendida pelo receptor
- Associar informações escritas sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento
 - Permitir aos familiares participarem das rondas médicas
- Dar segurança aos familiares na tomada de decisões, não dando impressão de que são totalmente responsáveis pelas decisões
 - Discutir benefícios e limitações da continuação de tratamento, antes da tomada de decisões
 - Reuniões programadas com os familiares, principalmente após a visita médica

Fonte: Briggs¹².

Estudo¹² aponta que é necessário esclarecer aos familiares a razão pela qual o paciente foi internado na UTI e a evolução desde então, os problemas médicos agudos, tratamentos dados e que se pretende dar, o que o médico acredita que possa ocorrer, quais as opções de tratamento disponíveis e decisões que precisam ser tomadas. Deve-se igualmente buscar esclarecer familiares sobre suas preocupações e medos, se há alguma diretriz antecipada de vontade ou vontade verbalmente expressa pelo paciente. Ao fim de qualquer conversa, faz-se necessário averiguar se as dúvidas foram respondidas, pedindo aos familiares que resumam as informações recebidas.

Por sua vez, pesquisadores¹³ apontam que é necessário identificar os membros da equipe, sua responsabilidade, e os membros da família, identificando quem se responsabilizará pelas decisões, estabelecer horários regulares de encontros, analisar e identificar as

preferencias do paciente e os principais problemas, avaliar expectativas e planejar as reuniões.

Extubação paliativa

A extubação paliativa consiste em uma etapa do cuidado de pacientes cujo estado terminal tenha sido estabelecido. É uma medida que visa garantir o conforto do paciente, alívio do sofrimento e evitar o prolongamento desnecessário da vida. É uma etapa na qual se deve buscar garantir o melhor conforto do paciente, sendo necessária uma comunicação efetiva para dissipar a sensação de abandono que pode ser enfrentado pelos pacientes e seus familiares¹⁴.

Faz-se necessário que a família receba informações suficientes sobre os riscos e os benefícios. Informações inadequadas e incompletas podem ser causadoras de resistência e provocar ansiedade e depressão nos familiares.



Além disso, um diálogo inadequado pode levar ao desenvolvimento do sentimento de culpa em relação a morte do ente querido. Outrossim, é necessário garantir apoio psicológico aos familiares e assegurar que possam realizar rituais sociais e de despedida¹⁵.

Esse procedimento apresenta como riscos a possibilidade de causar dispneia, ansiedade e desconforto no paciente. Os benefícios incluem a melhor comunicação entre o paciente e a família, uma sensação superior de conforto, compaixão e sensibilidade e menos sintomas de depressão entre os familiares^{13,16}.

Resalta-se, porém, que a despeito dos benefícios, os profissionais de UTI, mesmo aqueles que adotem uma abordagem paliativista, ainda apresentam resistência a extubação paliativa, relacionando a retirada de ventilação mecânica ao conceito de eutanásia. Só consideram como legítima a ventilação mecânica ao paciente dispneico¹⁷.

Para a realização desse procedimento adequadamente, deve-se garantir que todas as ações busquem dignidade e benefício ao paciente, revisar com o paciente detalhadamente os procedimentos a serem adotados, ainda se deve garantir maior flexibilidade das visitas de familiares aos pacientes, descontinuar monitoramentos, tratamentos e medicamentos não necessários, assegurar que haja alívio da dor e se mantenha a calma do paciente¹³.

São procedimentos práticos para extubação paliativa:

“Remover a alimentação enteral 12 horas antes da extubação; Retirar os bloqueadores neuromusculares por pelo menos 2 horas (observação: nos casos de falência de múltiplos órgãos, os bloqueadores neuromusculares podem agir por até 18 horas). Não utilizar bloqueadores neuromusculares; Toda a equipe que tomar parte do procedimento deve estar próxima ao paciente; Assegurar-se de que estejam em uso medicações endovenosas para controlar os sintomas antes e durante a extubação. O objetivo deve ser aliviar os sintomas, como dificuldade para respirar e agitação; Manter acesso venoso para administrar medicamentos para conforto do paciente; Manter um equipamento de sucção para qualquer secreção oral após a extubação; Elevar a cabeceira do leito para 35 - 45°; Reduzir a fração inspirada de oxigênio para a do ar ambiente e reduzir os parâmetros em 50%. Se o paciente permanecer confortável, reduzir a pressão de suporte e pressão positiva expiratória final para avaliar se ocorre ventilação sem desconforto. Se o paciente continuar confortável, realizar a extubação; Utilizar máscara de oxigênio com umidificação após a extubação; Observar os sintomas de ansiedade, dispneia e agitação, e tratá-los, se necessário [...], pode-se administrar uma dose de opioide em bolus e um benzodiazepínico”^{13,227}.

Entre as medicações disponíveis para o controle de sintomas da extubação paliativa, estão a morfina com midazolam (bolus de 2 a 10 mg de morfina, com 1 a 2 mg de midazolam, com manutenção de morfina a 50% da dose do bolus/h e 1 mg de midazolam/hora) ou propofol, preferível para paciente desperto com desconforto respiratório acentuado, na dose de 20 a 50 mg em bolus e manutenção de 10 a 100 mg/h³.

Durante o processo de extubação, é esperado que a família indague sobre a possibilidade e tempo de sobrevivência dos pacientes, sendo um elemento investigado em diversos estudos. Um estudo com 148 pacientes submetidos ao procedimento, com idade média de 78 anos, acompanhados até a morte ou alta, teve como taxa de mortalidade de 77%, com tempo médio até a morte de 8,9 horas, variando entre 4 minutos até 7 dias. Cerca de metade dos pacientes morreram em 24 horas¹⁸. Outro levantamento que dividiu os pacientes em três grupos: A – pacientes oncológicos terminais, B – pacientes com parada cardíaca extra-hospitalar e C – pacientes com falência orgânica não oncológica, observou-se que o tempo até a morte foi, respectivamente, de 97 horas, 0,3 horas e 6,1 horas¹⁹.

Uma coorte com 322 pacientes, dos quais 159 pacientes foram paliativamente retirados da ventilação mecânica, o tempo médio entre a extubação e a morte foi de 0,9 horas, com intervalo de 0 a 165 horas, sendo o tempo inferior para pacientes em uso de vasopressores, dialisados e com altas configurações de ventilação²⁰.

Interrupção paliativa da diálise

A presença de insuficiência renal no ambiente intensivo é comum. Estima-se que a incidência de lesão renal aguda no ambiente crítico seja entre 20% e 50%, com tendências de crescimento²¹. Um levantamento amplo de base populacional demonstrou que entre 1996 e 2010, no Canadá, a incidência de lesão renal aguda com necessidade de diálise em pacientes críticos passou de 0,8% para 3,0%²².

Um dos aspectos discutidos no cuidado paliativo ao paciente crítico é a diálise, seja a sua introdução ou sua manutenção. No manejo da diálise, é importante garantir ao paciente uma abordagem que foque em seu conforto e esteja aliada às suas preferências, visto que se trata de um tratamento associado a alta prevalência de sintomas debilitantes, associados a causas multifatoriais como a uremia. Deve-se haver discussão de metas, prognósticos e incentivar a comunicação entre familiares e o paciente²³.

Ademais, é necessário se ter em conta que a diálise nem sempre representa um benefício para o paciente – tema que parece ainda representar um tabu. Pacientes com mais de 75 anos, com comorbidades ou doença cardíaca isquêmica e resposta ruim ao tratamento instituído, não apresentam melhor sobrevida ao se instituir um regime de diálise, pelo contrário, têm exacerbados sintomas de sofrimento^{24,25}.

Não há, contudo, apesar de vários estudos recentes sobre cuidados paliativos, diretrizes claras sobre em qual paciente deve-se deixar de fazer ou se retirar a diálise. Autores¹³ recomendam que não se realize ou se suspenda em pacientes com capacidade decisória mantida, plenamente informados, que assim decidam, pacientes que previamente indicaram recusa oral ou escrita ou que assim manifestou seu representante legal e pacientes com comprometimento neurológico irreversível e profundo, pacientes com lesão renal aguda, doença renal crônica ou doença renal terminal com prognóstico muito reservado. Recomendam ainda que se discuta esse procedimento para



pacientes com mais 75 anos, estágio 5 de comprometimento renal que tenham alta probabilidade de morte em 6 meses, elevado coeficiente de comorbidade, funcionalidade significativamente comprometida e estado de desnutrição grave.

Faz-se necessário ainda se alertar que pacientes com doença renal terminal podem experimentar dor com grande frequência, secreção respiratória, ansiedade, confusão mental, dispneia e náusea, sendo necessário o adequado manejo desses sintomas. Atualmente, todavia, esses sintomas, no geral, são inadequadamente manejados pelos serviços de saúde²⁶.

Manejo dos sintomas de pacientes terminais

É esperado que o paciente terminal enfrente diversos sintomas e desconforto relacionados a própria doença como ao ambiente em que é acondicionado e o impacto de se saber terminar. Entre os sintomas, a dor é o sintoma mais frequentemente relatado, seguido por dispneia, agitação e náuseas. Também são esperados sintomas psicológicos e psiquiátricos, como sintomas de delirium e ideação suicida. Os familiares também são expostos a esses sintomas, apresentando insônia e humor deprimido²⁷.

Dor

Dentro do cuidado paliativo, sintomas que causem desconforto precisam ser controlados, principalmente a dor. Atualmente, tem-se que a dor deve ser manejada de forma contínua, com analgésicos de ação rápida e sustentada. Deve-se manter um nível consistente de medicação durante o dia. A morfina é considerada uma das opções preferenciais no tratamento de pacientes em cuidados paliativos. É um medicamento mais barato e disponível por várias vias de administração. Opióides considerados fracos, como codeína, tramadol e meperidina, não são recomendados. O fentanil pode ser utilizado para dores muito intensas. De forma adjuvante, podem-se empregados os anti-inflamatórios não esteroides e os corticosteroides. Também a gabapentina pode ser empregada para pacientes que apresentam dores neuropáticas^{28,29}.

Um estudo mostrou que cerca de 35% dos pacientes não recebem manejo adequado da dor e cerca de 45% sentem necessidade de aumento da dose de analgésicos ou tratamento adicional, demonstrando que ainda há falhas nesse manejo³⁰.

Dispneia

Várias condições clínicas do paciente terminal podem desencadear quadro de dispneia, muitas vezes pouco compreendida e até mesmo ignorado pelo clínico. A palição desse sintoma ainda é pouco discutida e realizada, geralmente, de forma ineficaz^{13,31}.

Várias medicações podem ser empregadas no alívio desse sintoma. Os opioides podem ser empregados no alívio da dispneia. Por atuarem em receptores centrais da região posterior direita do giro cingulado, agem deprimindo o impulso respiratório espontâneo e modulando a atividade cortical. Além disso, doses baixas não aumentam risco de

óbito ou admissão em hospital. Uma forma de emprego é se utilizar 1 a 2 mg de morfina EV, a cada 15 minutos, até que se obtenha o efeito desejável, ou mais rapidamente para dispneias graves. O sintoma deve ser controlável sem que os efeitos adversos da medicação sejam intoleráveis^{13,31}.

Os benzodiazepínicos são capazes de tratar a ansiedade e o pânico dos pacientes, sendo úteis no controle da dispneia que tenha essa origem. Contudo, os estudos sobre o tema ainda são escassos e essa conclusão é controversa. Ademais, benzodiazepínicos podem causar efeitos adversos, particularmente comum a sonolência. É comum que sejam empregados em combinação com opioides, como uma segunda ou terceira linha de tratamento^{31,32}.

Além das medicações supracitadas. Os corticoides são empregados na busca de se reduzir a inflamação e edema de vias aéreas, embora seja controverso sua capacidade de alcançar um tratamento paliativo desejado. Os diuréticos de alça EV são empregados para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva e pacientes com vasos linfáticos torácicos obstruídos. Também é adotada a oxigenoterapia, mesmo que seus efeitos no alívio da dispneia ainda sejam controversos. Acredita-se que possa estimular receptores de via aérea superior e reduzir o impulso respiratório, além de reduzir a hipoxemia, ácido láctico sérico e a pressão da artéria pulmonar. Por fim, a ventilação não invasiva pode ser adotada para pacientes que estejam taquipneicos, com uso de musculatura acessória e experimentando descontrole da dispneia ainda que submetido a outras medidas terapêuticas^{13,31,32}.

Também é preciso considerar tratamentos não farmacológicos, como técnicas de posicionamento e respiração, auxílio de mobilidade e fortalecimento muscular, que normalmente são negligenciadas²⁸.

Náuseas e vômitos

Náuseas e vômitos são percebidos pela grande maioria de pacientes em estado terminal, são derivados tanto da doença, como também podem ser resultado dos efeitos adversos de medicações utilizadas, como opioides. A origem, normalmente, é multifatorial^{33,34}.

No manejo desse sintoma, faz-se necessário explicar à família sua provável origem e o tratamento proposto. Tradicionalmente, busca-se, através de antieméticos, bloquear as principais vias emetogênicas, ressaltando-se que determinar a via não é relevante em cuidados paliativos, pela própria origem multifatorial e a atuação dos medicamentos em diferentes vias. Para vômitos de origem química, recomenda-se como primeira linha o haloperidol. Para esvaziamento gástrico retardado, a metoclopramida. Já para lesões cranianas e radioterapia, tem-se como primeira linha os antieméticos histamínicos, como a ciclizina. Para vômitos que sejam provocados por ansiedade e dor, os benzodiazepínicos são indicados. No caso de hipertensão intracraniana ou edema cerebral, a dexametasona é recomendada^{28,33,34}.

A levomepromazina é apontada como uma terapia de segunda ou terceira linha para vômitos refratários. Essa medicação, de caráter analgésico, deve, entretanto, ser



utilizada de forma cuidadosa, devido ao efeito sedativo e grande potencial de causar hipotensão postural^{33,34}.

Cabe ressaltar que há limitados estudos sobre o manejo de náuseas e vômitos em pacientes paliativos e as evidências para alguns medicamentos, como o haloperidol, são consideradas fracas^{34,35}.

Luto e depressão

O diagnóstico de terminalidade é traumático, levando ao paciente a experimentar algum tipo de perda, como perda de saúde, patrimônio, autoimagem e senso de controle, levando ao desenvolvimento de luto, uma resposta adaptativa ao diagnóstico, esperada e natural, e depressão, que se diferencia do primeiro por pode piorar sintomas físicos, como a dor, interferir no relacionamento entre o paciente e seus familiares e causar sofrimento em acompanhantes³⁶.

Ao paciente com luto deve ser oferecido suporte. Deve-se incentivar o paciente a buscar apoio externo, como familiares, amigos e até comunidades religiosas. Deve-se exercer escuta ativa e facilitar a comunicação do paciente com os seus familiares³⁶.

A depressão, por sua vez, erroneamente encarada como um sintoma universal, mas que na verdade se manifesta por humor deprimido juntamente a distúrbio do sono, sentimento de culpa ou inutilidade, anedonia, perda de concentração, dificuldade de tomada de decisão, agitação ou retardo psicomotor, ideação suicida, devem ser prontamente identificadas e tratadas. Pode-se adotar, nesses pacientes, diferentes estratégias a depender do prognóstico e do perfil de eventos adversos e custos de cada medicação. Os psicoestimulantes apresentam-se como boa opção, visto que reduzem os sintomas em poucos dias, sendo, portanto, mais adequados aos pacientes cujo prognóstico seja restrito a dias ou semanas³⁶.

Outros cuidados com paciente terminal

Nutrição e hidratação

Hidratação e nutrição artificiais precisam ser encaradas como intervenções médicas e que, portanto, podem causar desconforto ao paciente sem em contrapartida, melhorar o prognóstico do paciente. Entre os efeitos dessa terapia há náuseas e risco aumentado de aspiração^{37,38}.

Um estudo com médicos e enfermeiros italianos demonstrou a dificuldade de encarar essas intervenções a partir de evidências. As questões culturais, éticas e psicológicas foram um ponto de grande amparo na tomada de decisão sobre essa terapia, de forma que somente 25% dos participantes desse estudo seguiram as recomendações de não adotar hidratação e nutrição artificial em pacientes terminais com demência avançada³⁸.

Por outro lado, a família do paciente dificulta também essa percepção. Ao perceberem redução da ingesta oral, perda ponderal ou manifestação de astenia, os familiares, o paciente e os profissionais da saúde tendem a apresentarem grande ansiedade com o quadro. Essa é também apontada como uma causa, juntamente a falta de informação, da adoção dessas medidas equivocadas³⁹.

Dentro do cuidado paliativo, portanto, é preciso salientar aos familiares e ao paciente que a maioria dos pacientes terminais não apresentam benefício com essa medida. Não obstante, é preciso se ter em conta que a interrupção pode causar sofrimento aos familiares e ao próprio paciente, portanto é uma decisão delicada e que vai depender de fatores além das evidências³⁷.

Espiritualidade

Tradicionalmente, o ambiente intensivo suprime as expressões de espiritualidade, isto é a expressão de significado, propósito e conexão, do paciente e dos seus familiares. Contudo, a maior parte dos pacientes e seus familiares tendem a encarar a morte como uma transição ou uma jornada espiritual, de forma que o apoio espiritual, ainda que no ambiente intensivo, deve ser um dos domínios da assistência em UTI⁴⁰.

Tanto familiares quanto pacientes sentem necessidade de terem seus valores e crenças respeitados e incorporados na discussão e no processo de tomada de decisão. Beneficiam-se ainda com a indagação de desejos, reconhecimento da história de vida e reconexão⁴⁰.

A participação de cuidadores espirituais também parece se mostrar benéfica quando envolve práticas de discutir necessidades espirituais e religiosas, sentimentos familiares, valores dos pacientes e memórias sobre a vida do paciente. Quanto maior o número de atividades realizadas, maior a satisfação que familiares obtêm em relação ao atendimento intensivo⁴¹.

Considerações Finais

Este estudo demonstra que não há contradições entre cuidados paliativos e o ambiente de UTI. Embora, à primeira vista, possa parecer que há restrição dos cuidados paliativos, devido à complexidade do ambiente e dos cuidados adotados, é plenamente possível garantir dignidade ao paciente intensivo em seus momentos finais.

É preciso que os médicos que atuam nesse ambiente reforcem suas habilidades comunicativas, base de todo cuidado paliativo, e saibam indicar corretamente a suspensão de tratamentos e manejar os sintomas que podem advir dessa interrupção.

Percebe-se que atualmente, o manejo do sofrimento do paciente e de seus familiares ainda é deficitário, demonstrando a necessidade de se discutir a atual educação médica sobre cuidados paliativos.

Os médicos responsáveis pelo cuidado intensivo devem conhecer os aspectos éticos e práticos do cuidado com o paciente terminal, sendo necessária formação específica para esses profissionais.

Apesar de toda a revisão bibliográfica realizada, esse estudo apresenta limitações, pois é necessário que ocorra o desenvolvimento de estudos mais atuais com atualizações médicas e técnicas de manejo em UTI e paliativismo, para que possa ser realizado novas pesquisas com ainda mais critérios de como deve ser a forma com que médicos devem atuar nos cuidados paliativos em pacientes terminais nas Unidades de Terapia Intensiva.



Referências

1. Saunders C. The evolution of palliative care. *J R Soc Med.* 2001;94(4):430-432. doi: 10.1177/014107680109400904
2. Merino MTGB. Palliative Care: Taking the Long View. *Front Pharmacol.* 2018;9:1140. doi: 10.3389/fphar.2018.01140
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Palliative Care [Internet]. OMS; 2018 [acesso em 10 nov 2023]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol.* 2018;18(1):106. doi: 10.1186/s12871-018-0574-9
5. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
6. Mancini MC, Sampaio RF. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. *Braz. J. Phys. Ther.* 2006;10(4). <https://doi.org/10.1590/S1413-35552006000400001>
7. Bardin L. Análise temática de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
8. Corrêa M, Castanhel FD, Grosseman S. Patients' perception of medical communication and their needs during the stay in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2021;3(33):401-11.
9. Wallin V, Mattsson E, Omerov P, Klarare A. Caring for patients with eating deficiencies in palliative care-Registered nurses' experiences: A qualitative study. *J Clin Nurs.* 2022 Nov;31(21-22):3165-3177. doi: 10.1111/jocn.16149
10. Kobewka D, Ronksley P, Mclsaac D, Mulpuru S, Forster A. Prevalence of symptoms at the end of life in an acute care hospital: a retrospective cohort study. *CMAJ Open.* 2017 Mar 9;5(1):E222-E228. doi: 10.9778/cmajo.20160123
11. Mathew JE, Azariah J, George SE, Grewal SS. Do they hear what we speak? Assessing the effectiveness of communication to families of critically ill neurosurgical patients. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology.* 2015;31(1):49-53. doi: 10.4103/0970-9185.150540
12. Briggs D. Improving communication with families in the intensive care unit. *Nurs Stand.* 2017;32(2):41-48. doi: 10.7748/ns.2017.e10812
13. Coelho CB, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2017;29(2):222-230. doi: 10.5935/0103-507X.20170031
14. Cardoso MN. Extubação paliativa: revisão da literatura. (Tese) – Doutorado. Universidade Santo Amaro, São Paulo, 2020.
15. Natividade TSS, Coelho PYC, Aguiar DR, Silva GL, Silva RB, Soeiro ACV. Extubação paliativa: reflexões bioéticas sobre cuidados em fim de vida. *Rev. Bioét.* 2021;29(3). <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293491>
16. Peixoto MF, Nascimento FBS, Silva BPA, Silveira DSP. Os benefícios da extubação paliativa na qualidade de morte. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social [Internet].* 2020 [acesso em 10 nov 2023];8(2). Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497963611001/497963611001.pdf>
17. Rebellato G. Análise descritiva dos pacientes submetidos à extubação paliativa. (Tese) – Doutorado. Universidade de Santa Catarina de Florianópolis, Florianópolis, 2015.
18. Pan CX, Platis D, Maw MM, Pollack S, Kawai F. How Long Does (S)He Have? Retrospective Analysis of Outcomes After Palliative Extubation in Elderly, Chronically Critically Ill Patients. *Crit Care Med.* 2016;44(6):1138-1144. doi: 10.1097/CCM.0000000000001642
19. Kok VC. Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. *Clin Interv Aging.* 2015;10:679-685. doi: 10.2147/CIA.S82760
20. Huynh TN, Walling AM, Le TX, Kleerup EC, Liu H, Wenger NS. Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal. *J Palliat Med.* 2013;16(11):1366-1374. doi: 10.1089/jpm.2013.0142
21. Case J, Khan S, Khalid R, Khan A. Epidemiology of acute kidney injury in the intensive care unit. *Crit Care Res Pract.* 2013;2013:479730. doi: 10.1155/2013/479730
22. Wald R, McArthur E, Adhikari NKJ, Bagshaw SM, Burns KEA, Garg AX, Harel Z, Kitchlu A, Mazer CD, Nash DM, Scales DC, Silver SA, Ray JG, Friedrich JO. Changing incidence and outcomes following dialysis-requiring acute kidney injury among critically ill adults: a population-based cohort study. *Am J Kidney Dis.* 2015;65(6):870-877. doi: 10.1053/j.ajkd.2014.10.017
23. Grubbs V, Moss AH, Cohen LM, Fischer MJ, Germain MJ, Jassal SV, Perl J, Weiner DE, Mehrotra R. A palliative approach to dialysis care: a patient-centered transition to the end of life. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2014;9(12):2203-2209. doi: 10.2215/CJN.00650114.
24. Combs SA, Davison SN. Palliative and end-of-life care issues in chronic kidney disease. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2015;9(1):14-19. doi: 10.1097/SPC.0000000000000110
25. Douglas CA. Palliative care for patients with advanced chronic kidney disease. *J R Coll Physicians Edinb.* 2014;44(3):224-31. doi: 10.4997/JRCPE.2014.309
26. Axelsson L, Alvariza A, Lindberg J, Öhlén J, Håkanson C, Reimertz H, Fürst CJ, Årestedt K. Unmet palliative care needs among patients with end-stage kidney disease: a national registry study about the last week of life. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(2):236-244. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.09.015
27. Kobayakawa M, Ogawa A, Konno M, Kurata A, Hamano J, Morita T, Kizawa Y, Tsuneto S, Shima Y, Aoyama M, Miyashita M. Psychological and psychiatric symptoms of terminally ill patients with cancer and their family caregivers in the home-care setting: A nation-wide survey from the perspective of bereaved family members in Japan. *J Psychosom Res.* 2017;103:127-132. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.10.012
28. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson J. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *J Clin Oncol.* 2020;38(9):905-14. doi: 10.1200/JCO.19.00470
29. Lowey SE. Manejo da dor severa em pacientes terminais em casa. *Cuidados de saúde domiciliares.* 2020;38(1):8-15.
30. Mallah H, Mousa R, Fadl NB, Musmar S, Ball S, Nugent K. Pain Severity and Adequacy of Pain Management in Terminally Ill Patients with Cancer: An Experience from North Palestine. *Indian J Palliat Care.* 2019;25(4):494-500. doi: 10.1016/j.chest.2018.04.003
31. Shreves A, Pour TR. Emergency department management of dyspnea in the dying patient. *Emerg Med Pract [Internet].* 2018 [acesso em 10 nov 2023];20(7):1-20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29949707/>
32. Glare P, Miller J, Nikolova T, Tickoo R. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. *Clin Interv Aging.* 2011;6:243-59. doi: 10.2147/CIA.S13109



33. Leach C. Nausea and vomiting in palliative care. *Clin Med (Lond)*. 2019 Jul;19(4):299-301. doi: 10.7861/clinmedicine.19-4-299
34. Murray-Brown F, Dorman S. Haloperidol for the treatment of nausea and vomiting in palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Nov 2;2015(11):CD006271. doi: 10.1002/14651858.CD006271.pub3
35. Widera EW, Block SD. Managing grief and depression at the end of life. *Am Fam Physician [Internet]*. 2012 Aug 1 [acesso em 10 nov 2023];86(3):259-64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22962989/>
36. Dev R, Dalal S, Bruera E. Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012 Sep;6(3):365-70. doi: 10.1097/SPC.0b013e328356ab4a
37. Valentini E, Giantin V, Voci A, Iasevoli M, Zurlo A, Pengo V, Maggi S, Pegoraro R, Catarini M, Andriago M, Storti M, Manzato E. Artificial nutrition and hydration in terminally ill patients with advanced dementia: opinions and correlates among Italian physicians and nurses. *J Palliat Med*. 2014 Oct;17(10):1143-9. doi: 10.1089/jpm.2013.0616
38. Del Río MI, Shand B, Bonati P, Palma A, Maldonado A, Taboada P, Nervi F. Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision-making among patients, family, and health care staff. *Psychooncology*. 2012 Sep;21(9):913-21. doi: 10.1002/pon.2099
39. Gulini JEHMB, Nascimento ERPD, Moritz RD, Rosa LMD, Silveira NR, Vargas MAO. Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Rev Esc Enferm USP*. 2017 May 25;51:e03221. doi: 10.1590/S1980-220X2016041703221
40. Swinton M, Giacomini M, Toledo F, Rose T, Hand-Breckenridge T, Boyle A, Woods A, Clarke F, Shears M, Sheppard R, Cook D. Experiences and Expressions of Spirituality at the End of Life in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017 Jan 15;195(2):198-204. doi: 10.1164/rccm.201606-1102OC
41. Johnson JR, Engelberg RA, Nielsen EL, Kross EK, Smith NL, Hanada JC, O'Mahoney SKD, Curtis JR. The association of spiritual care providers' activities with family members' satisfaction with care after a death in the ICU. *Crit Care Med*. 2014;42(9):1991-2000. doi: 10.1097/CCM.0000000000000412

