

Cuidados paliativos em terapia intensiva: revisão integrativa

Enio Teixeira Molina Filho¹, Aline Augusto Olivero², Sanderland José Tavares Gurgel³, Nelly Moraes Gil³, Rafaely de Cassia Nogueira Sanches³, Mário Antônio Sanches¹, Waldir Souza¹

1. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. 2. Centro Universitário Ingá, Maringá/PR, Brasil.
3. Universidade Estadual de Maringá, Maringá/PR, Brasil.

Resumo

Trata-se de revisão integrativa com o objetivo de identificar decisões terapêuticas de cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores “cuidados paliativos”, “unidades de terapia intensiva” e “atenção à saúde”, e encontrou 1.579 pesquisas, das quais sete constituíram a amostra final. O material foi analisado por meio do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Uma árvore de similitude foi produzida a partir dos principais resultados e dos vocábulos “paciente”, “término”, “família”, “unidade de terapia intensiva”, “cuidados paliativos”, “hospital”, resultando em duas categorias e quatro subcategorias. Na atualidade, com avanços das doenças crônicas não transmissíveis e aumento da expectativa de vida, vislumbra-se a possibilidade de utilizar esses cuidados em grande escala, gerando melhorias na qualidade de vida, assistencial e acadêmica.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Unidades de terapia intensiva. Assistência à saúde.

Resumen

Cuidados paliativos en cuidados intensivos: revisión integradora

Esta revisión integradora pretende identificar las decisiones terapéuticas de cuidados paliativos en una unidad de cuidados intensivos. La búsqueda se realizó en la Biblioteca Virtual de Salud, con los descriptores “cuidados paliativos”, “unidades de cuidados intensivos” y “cuidado de la salud”, la cual resultó en 1.579 estudios, de los cuales siete compusieron la muestra final. Para el análisis del material se utilizó el *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Se elaboró un árbol de similitud desde los resultados principales y las palabras “paciente”, “finitud”, “familia”, “unidad de cuidados intensivos”, “cuidados paliativos”, “hospital”, lo que dio como resultado dos categorías y cuatro subcategorías. Teniendo en cuenta los actuales avances en las enfermedades crónicas no transmisibles y el aumento de la esperanza de vida, este tipo de cuidados puede utilizarse a gran escala, pues genera mejoras en la calidad de vida, asistencial y académica.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Unidades de cuidados intensivos. Atención a la salud.

Abstract

Palliative care in intensive care units: an integrative review

Our integrative review sought to identify therapeutic decisions for palliative care in intensive care units. Bibliographic search conducted on the Virtual Health Library using the descriptors “palliative care,” “intensive care units” and “delivery of health care” returned 1,579 studies, of which seven were included in the final sample. Textual analysis was performed using the Iramuteq software. From the main results and words—“patient,” “end of life,” “family,” “intensive care unit,” “hospital”—we produced a co-occurrences tree, resulting in two categories and four subcategories. Currently, the spread of chronic noncommunicable diseases and increased life expectancy call for the large-scale use of this type of care, improving quality of life, care and academia.

Keywords: Palliative care. Intensive care units. Delivery of health care.

Declararam não haver conflito de interesse.

No curso de qualquer doença crônica degenerativa sem perspectiva de cura, cuidados paliativos (CP) podem e devem ser oferecidos. Eles têm potencial de melhorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias ao prevenir e aliviar o sofrimento pela detecção precoce e tratar a dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais – estendendo-se, inclusive, à fase de luto¹.

Além da constatação sobre a necessidade de CP, é importante notar que dados demográficos evidenciam envelhecimento da população brasileira, devido à significativa redução da taxa de fecundidade e ao aumento da longevidade. Esse processo, que aconteceu de forma rápida, não foi acompanhado de uma reorganização da sociedade como um todo – ou mesmo da área da saúde – que visasse atender às demandas emergentes².

No Brasil, tem-se observado um ritmo de crescimento contínuo da população idosa. Agostinho, Botelho e Moraes³ apontam que, segundo projeções das Nações Unidas, até 2060 o número de indivíduos com 65 anos ou mais passará dos 60 milhões. O rápido crescimento da proporção de idosos na população é um fenômeno global que desafia os sistemas de saúde de muitos países.

Diante do crescente envelhecimento da população mundial, ocorre também o aumento tanto das doenças crônicas de caráter progressivo de não cura, quanto das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT). O tratamento, nessas condições, é chamado de cuidados paliativos (CP). Ao ano, cerca de 20,4 milhões de pessoas necessitam de CP no fim da vida: aproximadamente 94% desse total corresponde a adultos, dos quais 69% são idosos⁴.

Diante de doenças crônico-degenerativas ou de doenças de caráter progressivo sem cura, vale ressaltar que a finitude é condição da vida humana, e não deve ser vista como patologia a ser curada. Portanto, é preciso antes aliviar o sofrimento quando possível e, quando não o for, ajudar as pessoas a despedirem-se da vida com dignidade⁵. Mesmo quando a preservação da vida, no sentido biológico, não é mais o foco da assistência ao paciente, o viver, no que se refere às relações entre pessoas, continua sendo um tema fundamental⁶. Dessa forma, é possível compreender a íntima relação entre os CP e a bioética, principalmente no que se refere ao cuidado das pessoas que estão em condição de dependência no fim da vida.

A bioética, portanto, na qualidade de ciência relacionada à sobrevivência humana, voltada a defender a melhoria das condições de vida, vislumbra reflexões sobre o agir humano, buscando assegurar o bem-estar e a sobrevivência da espécie com base em seus princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça⁷. Ainda pode ser apresentada sob a abordagem personalista, de acordo com a qual a pessoa é a protagonista da sua própria vida; ou seja, trata-se de garantir o reconhecimento da pessoa, de sua identidade e de sua essência, pois só assim saberemos como respeitá-la⁸.

O maior desafio ético observado nos CP ocorre no acompanhamento à pessoa em seu processo de finitude, e se refere ao objetivo de manter sua dignidade e aliviar o sofrimento e a dor no fim da vida⁹; nesse contexto, evidencia-se a importância dos CP, bem como da reorganização dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar sua oferta. É preciso quebrar o tabu em torno da morte e tratá-la de forma mais natural, a fim de poupar os pacientes de agonia insensata e prolongada, para que, nesse momento, sejam respeitados seus valores e crenças pessoais com o intuito de completar este ciclo de vida com dignidade¹.

Como o objetivo desse cuidado é minimizar o sofrimento físico e psicológico do paciente, os procedimentos a serem adotados devem ser o menos invasivos possível. A realização de qualquer procedimento paliativo invasivo deve ter o objetivo de aliviar sintomas, restaurar a função de órgãos, melhorar a qualidade da vida e da imagem corporal e otimizar os cuidados com o paciente. O tratamento farmacológico envolve o uso de medicamentos para o alívio de dor, dispneia, náusea, vômitos, constipação, diarreia, fadiga, sudorese, pruridos, depressão e ansiedade¹⁰.

Uma vez que a maioria dos hospitais ainda não possui uma comissão de CP institucionalizada e há um grande aumento de pacientes nessas condições, é de suma importância observar como as decisões terapêuticas estão sendo realizadas e se são de fato benéficas ao paciente. Frequentemente os profissionais de saúde estabelecem uma forma de aplicação dos CP que acreditam ser a melhor, quando, na verdade, estão utilizando procedimentos e medicamentos inadequados. Com base nessas considerações, o objetivo deste estudo foi identificar, na literatura

científica, decisões terapêuticas de CP realizados em unidades de terapia intensiva (UTI).

Método

Esta é uma pesquisa realizada por meio de estudo de revisão integrativa da literatura, método que possibilita a síntese de conhecimentos a partir dos resultados de estudos significativos, combinando dados da literatura para incorporar viabilidades e propósitos¹¹. A revisão integrativa seguiu critérios definidos, segundo o protocolo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma), constituído por cinco etapas: identificação da questão de pesquisa; identificação dos estudos relevantes, válidos para a investigação; seleção dos estudos; mapeamento dos dados extraídos dos estudos incluídos; e síntese e narrativa dos resultados¹².

Para estabelecer e identificar o objeto de estudo, utilizou-se a estratégia Pico, acrônimo para população (paciente adulto), intervenção (protocolo dos CP) e contexto (UTI). Esta estratégia facilita a condução da identificação dos tópicos-chave, possibilitando melhor delineamento do objeto de estudo. De acordo com produtos advindos da Pico – conceitos e temas identificados –, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: quais são as evidências científicas acerca dos protocolos de CP utilizados em pacientes adultos hospitalizados em UTI?

A partir da questão de pesquisa, foram selecionadas palavras-chave nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) adequadas para a pesquisa nas bases de dados. Os descritores controlados e seus correlatos utilizados foram: “cuidados paliativos”, “unidades de terapia intensiva” e “atenção à saúde”. A busca de títulos e registros nas bases de dados e a identificação do estudo foram realizadas entre os meses de janeiro e abril de 2022.

Iniciou-se etapa de identificação a partir da seleção nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca deu-se por meio de combinações entre os descritores, utilizando operadores booleanos “and” e “or” no cruzamento dos descritores mencionados. Para etapa de triagem, foi determinado, como critério de inclusão, que as publicações consideradas estivessem no formato de artigos originais, publicados na

íntegra, sem interferência temporal, e nos idiomas português, inglês ou espanhol. Excluíram-se estudos que não contemplavam a temática e a literatura cinzenta, como dissertações, teses, artigos de revisão e de reflexão e artigos duplicados.

Em seguida, iniciou-se a etapa de elegibilidade e inclusão, realizada pelo pesquisador. Para isto, utilizou-se instrumento elaborado com a finalidade de extrair e analisar os dados dos estudos selecionados para esta etapa. Foram elencados os seguintes itens: autores e ano de publicação, título e local do estudo, tipo de estudo e número de participantes, objetivo e resultados. Da leitura na íntegra dos estudos resultou a etapa final de inclusão, com os dados tabulados no *software* Microsoft Office Excel 2010 e posteriormente submetidos a análise.

Os dados foram operacionalizados por meio do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq), versão 0.7 alpha 2¹³. Com base nas categorias iniciais que emergiram da análise de conteúdo, construiu-se corpus textual, com trechos das entrevistas que contemplavam o objetivo proposto por este estudo.

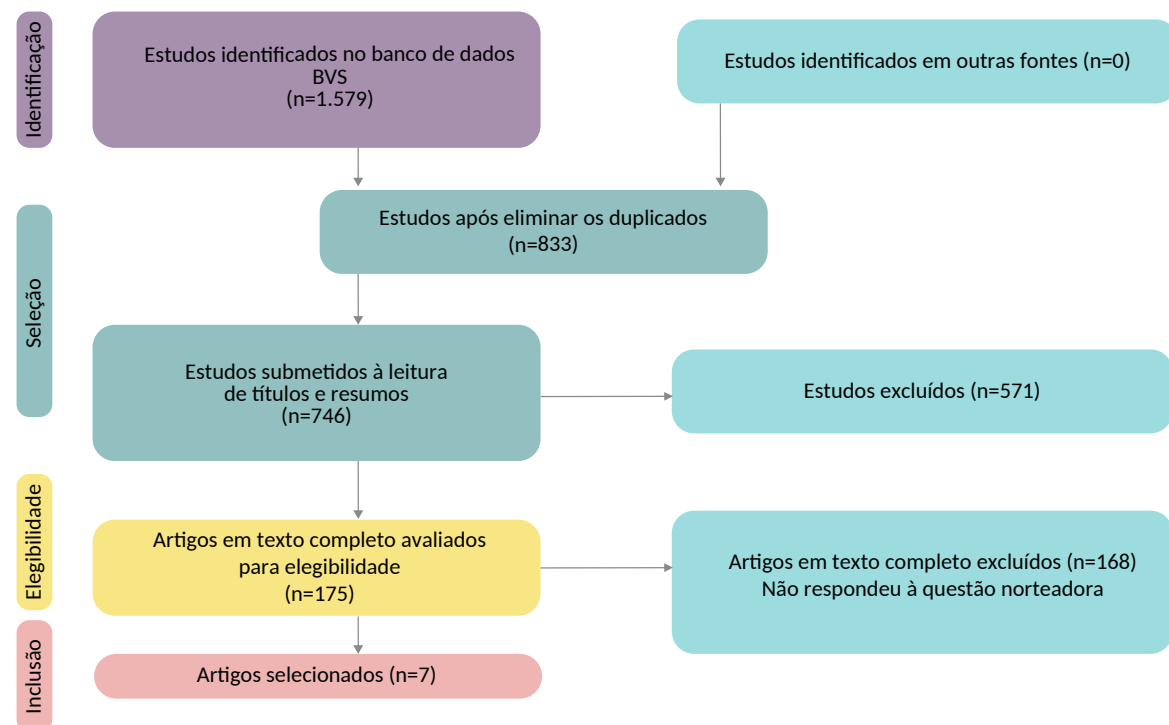
Empregou-se então a análise de similitude, que permite identificar ocorrência de palavras no corpus textual e a conexão entre elas, para que os termos sejam então agrupados em zonas centrais e periféricas, gerando uma árvore de similitude que auxilia na identificação das estruturas¹³. Da convergência entre as categorias iniciais obtidas a partir da análise de conteúdo e a organização dos dados pelo *software* originaram-se duas categorias finais.

Cumprir destacar que, por se tratar de investigação que não envolve seres humanos, o estudo não será submetido ao comitê de ética em pesquisa. Entretanto, considerando que serão utilizados artigos publicados em periódicos científicos para a realização desta revisão, serão respeitados de forma fidedigna ideias e dados apresentados pelos autores.

Resultado

A busca nas bases de dados resultou em 1.579 publicações que, selecionadas pelos critérios de elegibilidade, resultaram em amostra final de sete artigos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos nas bases/bibliotecas de dados para compor a amostra desta revisão integrativa (Maringá/PR, 2022)



Fonte: adaptado de Page e colaboradores¹²

Consta no Quadro 1 uma síntese dos estudos primários, com autor(es), ano, título, local do estudo, tipo de estudo, número de participantes, objetivos e resultados. Predominaram estudos publicados em 2020 e 2021, com três artigos em cada ano. No que diz respeito ao

país de origem, houve predomínio de publicações brasileiras (42,8%; 3), seguidas pelos trabalhos de Canadá (28,6%; 2), e Estados Unidos e Turquia, ambos com um artigo publicado (14,3%). A maioria consiste em estudos de coorte observacional (71,4%).

Quadro 1. Síntese dos estudos selecionados, segundo ano e país de publicação, título, autor(es), tipo de estudo, objetivo e resultado (Maringá/PR, 2022)

Autor e ano	Título e local	Tipo de estudo e nº participantes	Objetivo	Resultado
Alliprandini e colaboradores; 2019 ¹⁴ (A1)	"End-of-life management in intensive care units: a multicentre observational prospective cohort study"; Paraná, Brasil	Coorte observacional n=201	Avaliar dentre os pacientes internados em cinco UTI na cidade de Cascavel/PR os que são elegíveis para a realização e aplicação de CP	Dentre os pacientes que foram a óbito no período, em apenas 15% foram realizados os critérios do protocolo de CP adequadamente, sendo que a extubação terminal foi um dos procedimentos raramente realizados.

continua...

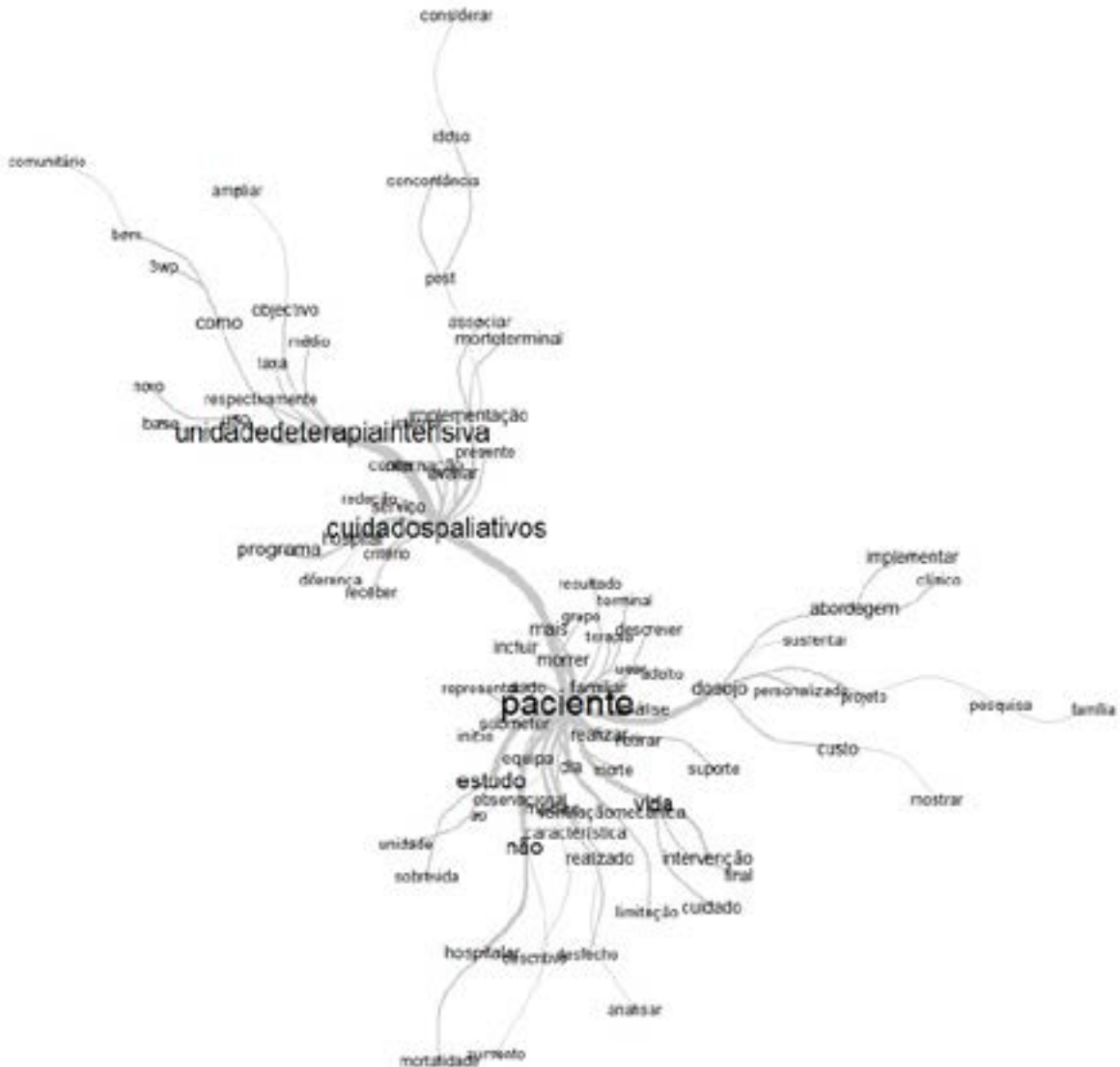
Quadro 1. Continuação

Autor e ano	Título e local	Tipo de estudo e nº participantes	Objetivo	Resultado
Irmak e colaboradores; 2020 ¹⁵ (A2)	“The comparison of the survival rates of intensive and palliative care units”; Ancara, Turquia	Estudo observacional n=112	Comparar as taxas de sobrevida da unidade de terapia intensiva e da unidade de cuidados paliativos.	As taxas de sobrevivência a longo prazo se mostraram similares entre a unidade de terapia intensiva e unidade de CP.
Hua e colaboradores; 2020 ¹⁶ (A3)	“Association between the implementation of hospital-based palliative care and use of intensive care during terminal hospitalization”; Nova York, Estados Unidos	Coorte observacional n=73.370	Determinar se a implementação de serviços de cuidados paliativos de base hospitalar estava associada à diminuição do uso de UTI durante as internações terminais.	Foi identificada a redução de 10% no uso de cuidados intensivos durante internações terminais em hospitais onde havia programas de CP.
Clara e colaboradores; 2020 ¹⁷ (A4)	“The palliative care screening tool as an instrument for recommending palliative care for older adults”; Espírito Santo, Brasil	Estudo transversal n=594	Avaliar a utilização da escala Palliative Care Screening Tool e sua concordância com a escala Palliative Performance Scale, bem como descrever as causas da internação em idosos em cuidados paliativos e internados em UTI.	A Palliative Care Screening Tool demonstrou grande importância para indicação de pacientes aos CP devido a sua alta sensibilidade.
Reeve e colaboradores; 2021 ¹⁸ (A5)	“Community implementation of the 3 Wishes Project: an observational study of a compassionate end-of-life care initiative for critically ill patients”; Ontário, Canadá	Observacional e descritivo n=101	Avaliar a adaptabilidade do 3 Wishes Project a uma unidade de terapia intensiva e descrever os pacientes atendidos com essa abordagem paliativa, bem como as estratégias locais de implementação.	Foram realizados 99,2% dos desejos terminais com custo médio de US\$5,39 por paciente, sendo que para 89,8% não houve custo. O programa confortou os pacientes e familiares.
Takaoka e colaboradores; 2021 ¹⁹ (A6)	“Scale-up and sustainability of a personalized end-of-life care intervention: a longitudinal mixed-methods study”; Ontário, Canadá	Longitudinal n=369	Descrever como o 3 Wishes Project, uma intervenção personalizada de fim de vida, foi ampliado e mantido em uma unidade de terapia intensiva.	O 3 Wishes Project iniciou-se como um estudo e integrou-se à prática clínica como abordagem de cuidado acessível e sustentável.
Lacerda e colaboradores; 2021 ²⁰ (A7)	“Mechanical ventilation withdrawal as a palliative procedure in a Brazilian intensive care unit”; São Paulo, Brasil	Coorte retrospectiva n=282	Descrever características e desfechos de pacientes submetidos à retirada da ventilação mecânica e comparar a pacientes com ventilação mecânica e limitações de terapia de suporte à vida (limitar ou retirar), porém sem remoção da ventilação mecânica.	Os autores observaram que não há associação entre retirada de ventilação mecânica e aumento de mortalidade hospitalar.

A Figura 2 demonstra a árvore de similitude produzida a partir dos principais resultados dos estudos que contemplam esta revisão, destacando-se os seguintes vocábulos: “paciente” (n=50), “cuidados paliativos” (n=27), “desejo” (n=19), “hospital”/“UTI” (n=18), “estudos” (n=17),

“término” (n=12), “vida” (n=12), “morte” (n=12), “família” (n=10) e “protocolos” (n=10). Dos vocábulos indicados se originaram categorias que auxiliaram na identificação da estrutura do campo representacional das decisões terapêuticas de CP realizados em UTI.

Figura 2. Árvore de similitude fornecido pelo software Iramuteq (Maringá/PR, 2022)



Os vocábulos “paciente”, “término”, “família” e “vida” deram origem à categoria 1, denominada “Paciente, família e limitação do fim da vida”, da qual emergiram duas subcategorias: “desejo de proteção à dignidade do paciente”

e “procedimentos para manutenção ou não da vida”. Já os vocábulos “cuidados paliativos”, “hospital”/“UTI” e “estudos” resultaram na categoria 2, intitulada “unidade de terapia intensiva como local para realizar os cuidados paliativos”.

Dela emergiram duas subcategorias: “implantação de protocolos de cuidados paliativos” e “realização de procedimentos invasivos”.

Discussão

A análise da produção científica mostrou que, apesar dos importantes avanços, os CP direcionados a pacientes sem perspectiva de cura e seus familiares ainda têm sido realizados de forma incipiente e limitada, tendo em vista a elevada complexidade dos cuidados e as dificuldades dos profissionais. A identificação, neste estudo, de reduzida produção científica sobre o tema indica uma lacuna a ser preenchida pelos profissionais de saúde.

Paciente, família e limitação do fim de vida

As UTI ainda são relacionadas à dor e ao sofrimento de pacientes e suas famílias. O uso de tecnologias complexas, a pouca comunicação entre profissionais, paciente e familiares, a gravidade dos casos clínicos e, principalmente, a iminência da morte são fatores que acentuam essa relação. Muitas dúvidas, medos e inseguranças perpassam não apenas a mente do paciente, mas a da família, que comumente sofre, e dos profissionais de saúde, cuja proximidade com os pacientes em ambiente hospitalar propicia a formação de vínculos.

Os cuidados intensivos são caracterizados pelo uso de muitos recursos tecnológicos e tratamentos especializados que, por vezes, ultrapassam o desejo e a decisão de pacientes e seus familiares. Entretanto, cada vez mais a finitude da vida parece ser mais bem compreendida, bem como os limites da cura. A maioria dos estudos sobre os CP em UTI tem buscado investir na qualidade de vida e na dignidade dos pacientes acometidos por doença sem perspectiva de cura.

Dignidade do paciente: desejo de proteção

O desejo comum de proteger a dignidade do paciente que se encontra em sua fase final de vida pode ser expresso e representado pela equipe profissional e pelos familiares. Dois estudos utilizaram para este fim o projeto 3 Wishes (3WP), um programa direcionado a paciente terminais

que honra a dignidade dessas pessoas, promovendo conexões significativas entre pacientes, famílias e médicos na terapia intensiva. Essas conexões são fomentadas com foco nas preferências e nos legados dos pacientes – um dos pontos fortes do programa^{18,19}.

Conforme apresentado no estudo de Reeve e colaboradores¹⁸, o 3WP possibilitou a realização de mais de 99% dos desejos terminais, apresentando baixo ou nenhum custo. Os desejos vão desde aprimorar o ambiente clínico com pertences pessoais até celebrações da vida e apresentações musicais. No estudo, os desejos incluíram celebrações, rituais, decoração do quarto do paciente e música, além de diversas formas de conexões com entes queridos, incluindo animais de estimação. O programa contribuiu para o conforto dos pacientes e familiares no processo de enfrentamento e aceitação da morte¹⁸.

Em Ontário, no Canadá, o 3WP foi iniciado como um estudo, e, diante de sua eficácia no acolhimento e na promoção do conforto de todos os envolvidos – não apenas de pacientes e familiares, mas também da equipe multidisciplinar –, integrou-se à prática clínica, consolidando-se como uma abordagem de cuidado que permite maior humanização no atendimento prestado ao mesmo tempo que se apresenta como acessível e sustentável¹⁹.

Para esses estudos, o 3WP foi veículo para maior reconhecimento da dignidade de cada paciente e meio de mostrar compaixão por pacientes e familiares, à medida que individualizava o atendimento. Entre os seus pontos fortes está a possibilidade de realização de quase todos os desejos terminais, promovendo intervenções personalizadas, acessíveis e de fim de vida neste cenário^{18,19}.

Destarte, o cuidado com a vida, independentemente de sua duração, pretende resgatar a força de vontade do paciente terminal¹⁴. Por esse motivo, os CP devem ser estabelecidos por equipe de profissionais da saúde competentes, tendo como objetivo cuidar integralmente da pessoa, com escuta e acolhimento adequados, permitindo uma morte mais digna e confortável¹⁶. É importante cuidar dos sintomas e evitar tratamentos invasivos que não tragam benefícios.

Procedimentos para manutenção ou não da vida

A limitação de suporte de vida envolve reconhecer a inutilidade do tratamento e vem sendo discutida como forma de possibilitar morte digna aos pacientes, com menos sofrimento e de acordo com suas condições. Compreende tomar decisões clínicas como retirar ou deixar de oferecer suporte avançado de vida e manter medidas vigentes, sem acrescentar tratamentos para novas ocorrências clínicas até que sobrevenha o óbito²⁰.

Existem quatro razões para limitar suporte de vida de paciente em UTI: o desejo deste ou de seus familiares de interromper o tratamento; a futilidade da terapia diante das condições; a previsão de baixa qualidade de vida; e a dificuldade de suportar a carga do tratamento para reverter as condições clínicas em questão²¹.

A implementação dos CP exige o reconhecimento de responsabilidade na articulação das relações entre profissionais, familiares e pacientes, a fim de garantir o exercício da autonomia do paciente perante sua condição de impossibilidade de cura. Quando essa autonomia não é respeitada, o profissional pode estar tentando proteger o paciente e seu familiar do conhecimento do seu prognóstico. Ao fazê-lo, no entanto, nega a individualização do cuidado, a condição do doente como sujeito, o que se reflete em obstáculos à operacionalização dos CP.

Estudo realizado no Brasil, em UTI, verificou que um terço dos pacientes que morreram nessas unidades tiveram indicação de gerenciamento de cuidado paliativo no fim de vida; entretanto, os CP foram realizados adequadamente apenas em 15% dos pacientes. Além disso, apontou-se atraso prolongado no início da aplicação dos critérios. Entre os componentes nunca ou raramente aplicados, o desmame/extubação terminal foram os mais proeminentes¹⁴.

A retirada da ventilação mecânica (RVM), também conhecida como extubação paliativa, é adequada quando a ventilação mecânica (VM) não mais se alinha com os valores do paciente segundo o prognóstico e os prováveis desfechos. Os resultados do estudo de Lacerda e colaboradores²⁰ apontaram que a retirada da ventilação mecânica não foi associada a aumento da mortalidade

hospitalar, em comparação com pacientes ventilados com limitações de terapias de suporte à vida que foram extubados. No entanto, o tempo de permanência no hospital foi menor.

A extubação paliativa ocorre quando a prioridade absoluta no atendimento é proporcionar conforto e permitir que a morte natural ocorra. É indicada nos casos em que a qualidade de vida do paciente é inaceitável, quando não há esperança de melhora e todas as tentativas de desmame falham, e a manutenção do suporte ventilatório se torna inapropriada; enfim, quando se torna claro que o suporte está causando sofrimento desnecessário²².

Unidade de terapia intensiva

Local para realizar os cuidados paliativos

Nos últimos anos, busca-se promover cada vez mais o engajamento de pacientes e famílias na equipe de cuidados da UTI e nas tomadas de decisão, reconhecendo-se que a presença constante da família do paciente crítico possibilita melhores resultados e bem-estar para ambos. Trazer pacientes e familiares para o envolvimento no cuidado é, atualmente, parte integral do tratamento humanizado²³.

Compartilhar os espaços, nos serviços de saúde, entre os profissionais responsáveis pelos cuidados e os familiares é um desafio a ser vencido pelos gestores de saúde. Embora reconhecidos os benefícios da presença do familiar na qualidade de vida do paciente sem perspectiva de cura, esses, muitas vezes, são desconsiderados no momento de determinação do plano de cuidados que orientam as ações da equipe multidisciplinar²⁴.

O risco de morte do paciente em UTI provoca na família situações de estresse, tanto emocional como cognitivo e social, que resultam em sentimentos de incerteza, negação, raiva, desespero, esperança, culpa, ansiedade e medo da morte do familiar. Assim, a família constitui objeto de cuidado da equipe multiprofissional, com uma série de demandas que precisam ser atendidas²⁵.

Implantação de protocolos de cuidados paliativos

As taxas de sobrevivência a longo prazo se mostraram similares entre a UTI e a unidade de

cuidados paliativos (UCP) em estudo realizado por Irmak e colaboradores¹⁵. Embora a UCP não altere a sobrevida dos pacientes, estudos sugerem que o emprego de terapias agressivas em UTI pode antecipar a morte natural dos pacientes, de modo que evitar o seu uso tende a apresentar efeitos positivos na sobrevida.

O serviço de CP nas unidades hospitalares tem objetivo de dar suporte às equipes assistentes dos diversos setores a fim de ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença. Além disso, podem promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares²⁶. Em hospitais onde há programas de CP, foi identificada redução de 10% no uso de cuidados intensivos durante internações terminais^{16,17}.

Os CP envolvem diferentes tipos de profissionais – médicos, enfermeiros, assistentes sociais e, se necessário, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais –, de maneira a fornecer suporte psicológico e social ao paciente e seus familiares, promovendo assim uma sobrevida prolongada com melhor qualidade de vida²⁶. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento. Nesse sentido, considera-se a perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

O estudo de Clara e colaboradores¹⁷ mostrou a necessidade de diagnóstico precoce por meio da aplicação de duas escalas – Palliative Care Screening Tool (PCST) e Palliative Performance Scale (PPS) – que se revelaram determinantes para a indicação de pacientes aos CP¹⁷. Trata-se de duas ferramentas utilizadas para indicação da palição. A primeira apresenta alta sensibilidade e é graduada a partir de quatro critérios: doenças de base, doenças associadas, condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente. A segunda permite estabelecer um prognóstico e avaliar a funcionalidade do paciente por meio de cinco parâmetros: mobilidade, atividade e evidências de doenças, autocuidado, ingestão e estado de consciência. Atribui valores de 0% a 100%, sendo que 0% significa a morte e 100%, que o doente não

possui alteração funcional. Indica-se palição se o paciente apresenta escore menor do que 40%¹⁷.

O estudo revelou ainda que o diagnóstico precoce e correto para iniciar os cuidados é um grande desafio nos serviços de saúde, devido a barreiras institucionais como ausência de leitos suficientes para pacientes paliativos, número inadequado de comissões de CP, falta de capacitação dos profissionais em CP e poucos programas de CP nas instituições de saúde¹⁷. Outra questão importante refere-se ao aumento dos gastos com procedimentos e tecnologias desnecessárias, que provocam aumento de sofrimento físico e psicológico no doente e na família por meio de terapêutica que prolonga o número de dias de vida sem modificar o desfecho do quadro clínico¹⁷.

Realização de procedimentos invasivos

Os programas de CP renunciam à maioria dos exames diagnósticos e dos tratamentos de prolongamento da vida em favor do alívio dos sintomas. Eles também educam a pessoa em estado terminal e os familiares sobre o tratamento apropriado e de conforto. Embora os programas de CP não tenham esta ênfase, o bom CP pode prolongar um pouco a vida, talvez por evitar os potenciais efeitos colaterais sérios de cirurgia e de outros tratamentos com medicamentos agressivos²⁶.

O estudo de Lacerda e colaboradores²⁰ apresentou a extubação paliativa como um procedimento adequado quando a VM não mais atender ao prognóstico. Assim, durante a hospitalização, o paciente pode não ter mais perspectiva de melhora clínica, e os interesses da família e do próprio paciente podem entrar em conflito com as medidas invasivas.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta como limitações a quantidade reduzida de pesquisas analisadas, em razão dos critérios de inclusão estabelecidos. Outra limitação contribuiu para um número pequeno de artigos: a consulta em apenas um banco de dados, o que denota a necessidade emergente de novas pesquisas em diferentes bases de dados, considerando a amplitude do tema, o aumento da expectativa de vida e das doenças crônico-degenerativas.

Considerações finais

Os resultados deste estudo permitiram o conhecimento do estado da arte sobre as decisões terapêuticas de CP realizadas em UTI. Na atualidade, com os avanços das doenças crônicas não transmissíveis e o aumento da expectativa de vida, vislumbra-se a possibilidade de utilização desses cuidados em grande escala, o que poderia ter como impacto a melhoria na qualidade de vida, assistencial e acadêmica.

Os estudos demonstraram efeitos benéficos dos CP, mas está ainda é uma especialidade desconhecida pela sociedade em geral e por muitos profissionais de saúde. Pautada nos princípios da bioética, sua importância encontra-se reforçada

na garantia de direitos fundamentais relativos não apenas à vida, mas também à morte.

É importante que haja cada vez mais discussões e estudos sobre os CP na área médica, uma vez que se trata de tema que suscita questões éticas entre os profissionais de saúde. Atualmente, prima-se pela longevidade e pela ausência de dor e sofrimento: não pensamos na morte, senão diante do anseio de que o seu processo seja rápido e indolor.


Os CP buscam fornecer conforto e alívio da dor do paciente, evitando transformar a morte em um processo longo e doloroso. Os princípios de CP e a bioética principialista corroboram a necessidade de evitar que os profissionais adotem tratamentos irrelevantes que adiam desnecessariamente a morte.

Referências


1. Pessini L, Siqueira JE. Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2019 [acesso 24 mar 2022];27(1):29-37. DOI: 10.1590/1983-80422019271283
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2020 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso 24 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3Qx9jIO>
3. Agostinho CS, Botelho L, Moraes P. Indicadores sobre idosos: desafios diante do envelhecimento populacional. In: Simões A, Athias L, Botelho L, organizadores. *Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais: grupos populacionais específicos e uso do tempo* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso 24 mar 2022]. p. 77-167. Disponível: <https://bit.ly/47uMjA0>
4. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso 24 mar 2022];18(9):2577-88. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900012
5. Pessini L. Vida e morte na UTI: uma ética no fio da navalha. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 24 mar 2022];24(1):54-63. DOI: 10.1590/1983-80422016241106
6. Wittmann-Vieira R, Rosmari G. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 24 mar 2022];25(3):334-9. DOI: 10.1590/S0103-21002012000300003
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.
8. Ramos DLP. *Fundamentos e princípios da bioética* [Internet]. [s.d.] [acesso 24 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3DOA5EL>
9. Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. *Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte*. São Paulo: Martinari; 2013.
10. Carvalho RT, Parson HA. *Manual de cuidados paliativos ANCP: ampliado e atualizado* [Internet]. 2ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012 [acesso 24 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3QwXUbr>
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [acesso 24 mar 2022];17(4):758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018

12. Page MJ, McKenzie EJ, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 [acesso 24 mar 2022];372:71. DOI: 10.1136/bmj.n71
13. Souza MAR, Wall ML, Huler ACMC, Lowen IMV. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [acesso 24 mar 2022];52:e03353. DOI: 10.1590/S1980-220X2017015003353
14. Alliprandini M, Ferrandin A, Fernandes A, Belim M, Jorge M, Colombo B *et al.* End-of-life management in intensive care units: a multicentre observational prospective cohort study. *Anaesthesiol Intensive Ther* [Internet]. 2019 [acesso 24 mar 2022];51(5):348-56. DOI: 10.5114/ait.2019.91189
15. Irmak I, Adigüzel N, Yıldız E, Kargin F, Yazıcıoğlu Moçin Ö, Çiftaslan Gökşenoğlu N *et al.* The comparison of the survival rates of intensive and palliative care units. *Tuberk Toraks* [Internet]. 2020 [acesso 24 mar 2022];68(3):245-51. DOI: 10.5578/tt.69753
16. Hua M, Lu Y, Ma X, Morrison RS, Li G, Wunsch H. Association between the implementation of hospital-based palliative care and use of intensive care during terminal hospitalizations. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 [acesso 24 mar 2022];3(1):e1918675. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.18675
17. Santa Clara MG, Silva VR, Alves R, Coelho MCR. The Palliative Care Screening Tool as an instrument for recommending palliative care for older adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019 [acesso 24 mar 2022];22(5):e190143. DOI: 10.1590/1981-22562019022.190143
18. Reeve BK, Dennis BB, Dechert W, Longo B, Heels-Ansdell D, Scholes A *et al.* Community implementation of the 3 Wishes Project: an observational study of a compassionate end-of-life care initiative for critically ill patients. *CMAJ Open* [Internet]. 2021 [acesso 24 mar 2022];9(3):57-64. DOI: 10.9778/cmajo.20200273
19. Takaoka A, Tam B, Vanstone M, Clarke FJ, Hoard N, Swinton M *et al.* Scale-up and sustainability of a personalized end-of-life care intervention: a longitudinal mixed-methods study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 [acesso 24 mar 2022];21(1):218. DOI: 10.1186/s12913-021-06241-6
20. Lacerda FH, Checoli PG, Silva CMD, Brandão CE, Besen BAMP. Mechanical ventilation withdrawal as a palliative procedure in a Brazilian intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2020 [acesso 24 mar 2022];32(4):528-34. DOI: 10.5935/0103-507X.20200090
21. Pegoraro MMO, Paganini MC. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 24 mar 2022];27(4):699-710. DOI: 10.1590/1983-80422019274353
22. Coradazzi AL, Inhaia CLS, Santana M, Sala AD. Palliative withdrawal ventilation: why, when and how to do it? *Hospice Palliat Med* [Internet]. 2019 [acesso 24 mar 2022];3(1):10-4. DOI: 10.15406/hpmij.2019.03.00141
23. Fumis RRL. *UTI humanizada: cuidados com o paciente, a família e a equipe.* São Paulo: Atheneu; 2016.
24. Meneguín S, Nobukuni MC, Bravin SHM, Benichel CR, Matos TDS. O significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados na UTI. *Nursing (ed. brasileira)* [Internet]. 2019 [acesso 24 mar 2022];22(52):2882-86. DOI: 10.36489/nursing.2019v22i252p2882-2886
25. Au SS, Roze des Ordon A, Soo A, Guienguere S, Stelfox HT. Family participation in intensive care unit rounds: Comparing family and provider perspectives. *J Crit Care* [Internet]. 2017 [acesso 24 mar 2022]; 38: 132-6. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.10.020
26. Distrito Federal. Portaria SES-DF nº 418, de 4 de maio de 2018. Diretriz para cuidados paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI. *Diário Oficial do Distrito Federal* [Internet]. Brasília, 17 maio 2018 [acesso 24 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3FTUA4d>


Enio Teixeira Molina Filho – Mestre – dreniomolina@gmail.com

 0000-0002-0308-2692


Aline Augusto Olivero – Graduada – alineaugustoo@gmail.com

 0000-0003-0354-2756


Sanderland José Tavares Gurgel – Doutor – drsanderland@hotmail.com

 0000-0002-8079-1724

Nelly Moraes Gil – Doutora – nlmgil@uem.br

 0000-0002-4790-8396


Rafaely de Cassia Nogueira Sanches – Doutora – rcnsanches2@uem.br

 0000-0002-1686-7595

Mário Antônio Sanches – Doutor – m.sanches@pucpr.br

 0000-0002-5794-2272

Waldir Souza – Doutora – waldir.souza@pucpr.br

 0000-0002-4332-2822

Correspondência

Rafaely de Cassia Nogueira Sanches – Av. Colombo, 5790, bloco 1, sala 8 CEP 87020-900. Maringá/PR, Brasil.

Participação dos autores

Enio Teixeira Molina Filho e Aline Augusto Olivero participaram do desenvolvimento do texto e da coleta de dados. Sanderland José Tavares Gurgel, Nelly Moraes Gil, Rafaely de Cassia Nogueira Sanches, Mário Antônio Sanches e Waldir Souza orientaram e corrigiram o texto.

Recebido: 22.9.2022

Revisado: 27.3.2023

Aprovado: 3.10.2023