

**PESQUISA**

Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva

Martha Maria de Oliveira Pegoraro¹, Maria Cristina Paganini¹

1. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba/PR, Brasil.

Resumo

A limitação de suporte de vida tem sido aplicada na terapia intensiva em quadros de doença irreversível e tratamento improdutivo. Nessas situações, cuidados paliativos visam prevenir e aliviar o sofrimento e tornam-se essenciais para propiciar atenção específica e contínua para o paciente e sua família, possibilitando morte digna. Este estudo envolveu pesquisa qualitativa realizada com 37 profissionais da equipe multidisciplinar em unidade de terapia intensiva clínico-cirúrgica de hospital público em Curitiba, Paraná, Brasil. A análise temática dos dados estabeleceu quatro temas, que permitiram investigar o conhecimento da equipe sobre eles e elaborar ações de cuidados paliativos a pacientes com limitação de suporte de vida em terapia intensiva. Os profissionais reconheceram a importância dos cuidados paliativos à população em apreço naquela unidade.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Unidades de terapia intensiva. Equipe de assistência ao paciente. Cuidados para prolongar a vida.

Resumen**Cuidados paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados intensivos**

La limitación del soporte de vida se ha aplicado en terapia intensiva en cuadros de enfermedad irreversible y ante tratamientos improduticos. En estas situaciones, los cuidados paliativos surgen con el objetivo de prevenir y aliviar el sufrimiento y se tornan esenciales para propiciar una atención específica y continua para el paciente y su familia, posibilitando una muerte digna. Este estudio implicó una investigación cualitativa realizada con 37 profesionales del equipo multidisciplinario de una unidad de cuidados intensivos clínico-quirúrgica de un hospital público situado en Curitiba, Paraná, Brasil. El análisis temático de los datos estableció cuatro temas, que permitieron investigar el conocimiento del equipo sobre estos y elaborar acciones de cuidados paliativos para pacientes con limitación del soporte de vida en cuidados intensivos. Los profesionales reconocieron la importancia de los cuidados paliativos para la población en cuestión en dicha unidad.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Unidades de cuidados intensivos. Grupo de atención al paciente. Cuidados para prolongación de la vida.

Abstract**Palliative care and limitation of life support in intensive care**

The Limitation of Life Support has been applied in intensive care in cases of irreversible disease and futile treatment. In these situations, palliative care aims at preventing and alleviating suffering. It becomes essential to provide specific and ongoing care to patients and their families, enabling death with dignity. This study involved qualitative research carried out with 37 health professionals working within the multidisciplinary team in a Clinical Surgical Intensive Care Unit of a public hospital located in Curitiba, Paraná, Brazil. Through the thematic analysis of the data, four themes were formed, which made it possible to investigate the knowledge of the team regarding the subject and develop palliative care actions for patients with limitation of life support in intensive care. The professionals recognized the importance of Palliative Care for these patients in the Intensive Care Unit.

Keywords: Palliative care. Intensive care units. Patient care team. Life support care.

Declararam não haver conflito de interesse.

A morte é a única certeza no domínio da vida. Sua representação se altera no decorrer da história, e até meados do século XX era aceita como acontecimento simples e familiar. Nos anos 1930, a morte passou a se relacionar com o avanço tecnológico da área da saúde, e se antes ocorria em casa, a partir de então se dá em hospitais¹. As causas de falecimento se tornaram evitáveis, e o fim da vida deixou de ser visto como acontecimento natural, passando a ser considerado possível falha de profissionais de saúde na escolha de tratamento e cuidado².

No contexto hospitalar, as implicações da morte na relação entre profissional de saúde, paciente e familiares ficam ainda mais evidenciadas na unidade de terapia intensiva (UTI)³. Destacam-se questões de bioética, como a aplicação de técnicas e procedimentos para a manutenção da vida de pacientes em cuidados intensivos, especialmente aqueles que trazem dor e sofrimento sem promover cura ou qualidade de vida (distanásia).

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. Além disso, pela complexidade e gravidade da doença, resultados podem ser desanimadores, sendo inevitável o processo de morte⁴. Nesse contexto, segundo Trotta⁵, a prestação de cuidados a pacientes críticos pode ter dois desfechos: em um deles o quadro clínico melhora, com tratamento bem-sucedido e recuperação da saúde, e no outro, não, sendo o paciente considerado fora das possibilidades terapêuticas.

Até muito recentemente, mesmo quando o quadro evoluía com prognóstico ruim, o tratamento era mantido até a morte, incluindo terapias adicionais para novos diagnósticos e manobras de ressuscitação em caso de parada cardíaca. Atualmente, pode-se proceder com limitação de suporte de vida, respeitando a vontade de paciente e família, como apresentado no Código de Ética Médica⁶ de 2009 e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁷.

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 decisões clínicas como retirar ou não oferecer suporte avançado de vida e manter medidas vigentes, sem acrescentar tratamento para novas ocorrências clínicas até que sobrevenha o óbito⁸. Existem quatro razões para limitar suporte de vida de paciente em UTI: o desejo deste ou de seus familiares de interromper o tratamento; a terapia ser considerada fútil para as condições; a qualidade

de vida prevista ser inaceitável ou muito sofrida; e a carga do tratamento para reverter as condições clínicas ser difícil de suportar⁵.

Diante do processo de morrer, 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 proximidade com a morte são fatores que acentuam essa relação. Assim, faz-se necessário rever o modo como decisões são apresentadas a pacientes e familiares, a fim de minimizar o receio e a dúvida quanto à recuperação da qualidade de vida e da saúde. Isso requer mudanças estruturais que priorizem a comunicação entre os envolvidos, criando condutas para tornar o processo de morrer menos angustiante para todos. Nesse sentido, a estratégia de integrar cuidados paliativos à prestação de cuidados intensivos tem renovado esta área⁹.

Cuidados paliativos são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como *abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (...) e familiares que enfrentam problemas relacionados a doenças que ameaçam a vida. Previnem e aliviam o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento corretos da dor e outros problemas, sejam de ordem física, psicossocial ou espiritual*¹⁰. Trata-se de estratégia terapêutica multidisciplinar, implementada por várias especialidades médicas, de enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional, farmácia e conselhos espirituais e religiosos¹¹.

Essa abordagem se relaciona com o cuidado com a vida, independentemente de sua duração restante. Pretende resgatar a dignidade e a vontade do paciente terminal. Por esse motivo, os cuidados paliativos devem ser estabelecidos por equipe de profissionais da saúde competentes, habilidosos, sintonizados e harmônicos, tendo como objetivo cuidar integralmente da pessoa, com escuta e acolhimento adequado, permitindo morte mais digna e confortável. É importante cuidar dos sintomas e, se a cura não for possível, evitar tratamentos invasivos e cirurgias que não tragam benefícios¹.

Nesta perspectiva, as complexas decisões relacionadas aos cuidados no final de vida nas UTI direcionam para a necessidade de definir prioridades em torno desse momento crítico, quando é preciso analisar a relação do cuidado paliativo na ocasião de decidir por limitar o suporte de vida. Dessa maneira, fica evidente que os cuidados paliativos devem ser

incorporados como filosofia que embasa toda a internação na UTI¹².

A necessidade de fomentar prática assistencial mais humanizada aos pacientes com limitação de suporte de vida internados na UTI do hospital em estudo motivou este trabalho. Propôs-se investigar o conhecimento da equipe multidisciplinar acerca da relação dos cuidados paliativos na limitação de suporte de vida e construir ações multidisciplinares sobre o tema para o cuidado ao paciente.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa que teve por finalidade conhecer a experiência humana tal qual vivida pelos profissionais da área da saúde¹³. O estudo foi realizado em UTI clínico-cirúrgica de hospital público, com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), situado na cidade de Curitiba, Paraná, Brasil, durante agosto e setembro de 2017. Essa instituição atende áreas de medicina materno-infantil, infectologia, cirurgias de correção de defeitos congênitos da face, e, principalmente, acidentados em geral. O hospital tem 222 leitos de internação, 30 deles destinados à UTI adulto, dos quais 20 são para UTI geral e 10 para a UTI clínico-cirúrgica, onde foi realizada a pesquisa. A UTI clínico-cirúrgica é formada por equipe multidisciplinar especializada.

De acordo com os critérios de inclusão, foram selecionados profissionais da equipe multidisciplinar que participassem diretamente da assistência ao paciente na rotina da UTI há pelo menos dois meses e que, depois de esclarecidos, assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Participaram da pesquisa 37 profissionais, entre técnicos de enfermagem, enfermeiros, assistentes sociais, psicóloga, fisioterapeutas e médicos.

Considerando os requisitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012¹⁴, objetivos, método e o caráter voluntário da pesquisa foram explicados aos participantes e foi solicitada a assinatura do TCLE, garantindo-se anonimato e confidencialidade dos dados. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador, sendo aprovado.

Para estabelecer a amostra, a pesquisadora apresentou o projeto a todos os colaboradores da UTI clínico-cirúrgica, nos três turnos, convidando-os para participar do estudo. Os dados foram coletados por meio de instrumento de pesquisa autoaplicável (Anexo) contendo quatro perguntas abertas sobre o

tema proposto, aplicado individualmente durante o horário de trabalho dos participantes. Como precaução e a fim de garantir o anonimato e manter o sigilo de suas informações, os entrevistados foram identificados pela letra “P”, usada para simbolizar a palavra “participante”, associada a números aleatoriamente atribuídos – por exemplo, (P1), (P2), (P3) e assim sucessivamente.

Todo o material gerado pelo instrumento de pesquisa foi submetido à análise temática, visando manter a coerência no processo de avaliação dos dados. Segundo Pope, Ziebland e Mays¹⁵, a análise temática é forma simples e comumente utilizada em pesquisas de saúde. Para Braun e Clarke¹⁶, é método para identificar, analisar e relatar temas em dados, que organiza e descreve detalhadamente as informações obtidas e oferece abordagem acessível e flexível para investigação.

Neste estudo foram realizadas as seis etapas descritas por Braun e Clarke¹⁶: familiarizar-se com os dados; gerar códigos individuais; procurar temas; revê-los; defini-los e nomeá-los; e gerar relatórios. Seguindo essas etapas, as falas obtidas foram lidas, relidas e agrupadas, e suas relações foram identificadas para codificação e para gerar temas interconectados. Após isto, avaliaram-se todos os dados para verificar se haviam sido incluídos corretamente, o que é característico desse tipo de análise¹⁵. Definiram-se então os temas, que compõem conjunto de expressões com características similares extraídos da vivência dos participantes e expressos em seus dados, posteriormente comparados e contextualizados com os dados da literatura.

Quatro temas se formaram: 1) identificando limitação de suporte de vida; 2) identificando cuidados paliativos; 3) aplicando cuidados paliativos em pacientes com limitação de suporte de vida em UTI; e 4) descrevendo ações multidisciplinares de cuidados paliativos para pacientes com limitação de suporte de vida em UTI. Para facilitar o processo de análise do último tema, as respostas foram separadas de acordo com cada categoria profissional.

Resultados e discussão

Devidamente organizados nos parâmetros de análise de pesquisa, os resultados são apresentados a seguir. Os detalhes quanto à categoria profissional, idade, sexo e tempo de atuação em UTI dos participantes estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos participantes de acordo com categoria profissional, tempo de atuação, idade e sexo (Curitiba, 2018)

| Categoria profissional | Número de participantes | Tempo de atuação em UTI | Idade (variação) | Sexo |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|
| Técnico(a) de enfermagem | 18 | De 2 meses a 17 anos | 21-53 anos | 2 homens 16 mulheres |
| Enfermeira | 6 | De 2 meses a 14 anos | 29-49 anos | 6 mulheres |
| Médico(a) | 5 | De 1 a 8 anos | 30-38 anos | 2 homens 3 mulheres |
| Fisioterapeuta | 3 | De 2 a 7 anos | 24-31 anos | 3 mulheres |
| Psicóloga | 2 | 4 anos | 30-38 anos | 2 mulheres |
| Assistente social | 2 | Aproximadamente 10 anos | 43-51 anos | 2 mulheres |
| Nutricionista | 1 | 1 ano | 25 anos | 1 mulher |

Na Tabela 1 observa-se que o instrumento de pesquisa contemplou várias categorias profissionais que compõem a equipe multidisciplinar da UTI clínico-cirúrgica. Profissões, idades e tempos de experiência variaram, o que enriquece a análise dos dados, permitindo diversidade de respostas para cada tema, conforme o propósito desta pesquisa.

O tempo de experiência em UTI variou entre dois meses (uma técnica de enfermagem e uma enfermeira) e 17 anos (um técnico de enfermagem). A maioria dos entrevistados foram mulheres, sendo apenas quatro participantes do sexo masculino (dois técnicos de enfermagem e dois médicos). A idade dos participantes varia de 21 a 53 anos, sendo ambas de duas técnicas de enfermagem.

Identificando limitação de suporte de vida

Seguindo o conceito de limitação de suporte de vida – que envolve a ordem de não reanimar, a retirada e não oferta de suporte de vida, evitando tratamentos fúteis e prolongamento do sofrimento¹⁷ – e analisando as falas da equipe, pôde-se averiguar que os profissionais envolvidos no estudo entendiam o tema, pois essa prática faz parte da rotina da UTI. Muitos correlacionaram o assunto a situações, como pacientes sem prognóstico e a não oferta ou retirada de tratamentos fúteis:

“Retirar ou limitar suporte como drogas vasoativas, exames de rotina (...) em pacientes incuráveis, que não existe prognóstico favorável” (P17).

“Não instituir medidas (medicamento, procedimentos, monitorização invasiva) que caracterizem futilidade terapêutica mediante um quadro de doença sabidamente incurável, evoluindo para terminalidade, evitando assim a distanásia” (P30).

“Quando o paciente tem um quadro clínico irreversível, em que o suporte avançado de vida se torne fútil. Neste caso, é indicada a retirada deste suporte ou, pelo menos, não acrescentar mais suporte ao quadro atual” (P32).

A limitação de suporte de vida tem sido aplicada como estratégia para minimizar a dor e o sofrimento quando o prognóstico do quadro clínico se torna irreversível, evitando tratamentos fúteis e visando a morte com dignidade^{18,19}. Esses conceitos, como oferecer morte digna, evitar distanásia ou não prolongar o sofrimento do paciente, são verificados de variadas formas nas falas dos participantes:

“Limitar é deixar de oferecer algo que não irá trazer mais mudança no prognóstico do paciente, somente prolongando o sofrimento” (P10).

“Restringir a oferta de recursos farmacológicos, diagnósticos e assistência de um suporte avançado de acordo com o prognóstico do paciente, isso é, quando não será viável, mantendo o padrão para qualidade de morte digna” (P12).

“Onde favorece ao paciente uma morte digna e não prolongar o sofrimento do paciente e família” (P15).

Conflitos bioéticos relacionados ao morrer, como a diferença entre distanásia e ortotanásia, podem surgir durante a tomada de decisão para limitar suporte de vida em UTI. O envolvimento da equipe multiprofissional, com suas competências e habilidades específicas, e a vontade do paciente e sua família são elementos essenciais para essa decisão²⁰. Verificando as falas dos participantes, observou-se que alguns destacaram o envolvimento da equipe multiprofissional e da família nesse processo:

“É quando é decidido entre a equipe envolvida no atendimento do paciente junto com a família do doente que não vai mais ser investido no tratamento do doente” (P21).

“Conjunto de medidas para o paciente em condição clínica intratável ou irrecuperável, limita-se os procedimentos invasivos, ATBs [antibióticos] de amplo espectro, não reanimação, e o viés é voltado para a qualidade do tempo de vida. A família permanece participativa e informada sobre o quadro” (P23).

“Deixar de oferecer determinados cuidados/parâmetros/drogas, doses por decisão conjunta: profissionais assistentes, paciente e família, a fim de não causar distanásia” (P29).

A possibilidade de novos diagnósticos e tratamentos devido à tecnologia permitiu que doenças antes incuráveis sejam tratadas e pacientes graves sejam mantidos por longos períodos com suporte vital em UTI. Esse avanço tecnológico faz com que os profissionais de saúde se sintam pressionados a oferecer aos pacientes todos os recursos possíveis, independentemente do prognóstico²¹. Entretanto, em alguns casos a morte é inevitável, e essa abordagem que apenas prolonga o processo de morrer causa, muitas vezes, mais sofrimento e dor ao paciente e à sua família²².

A limitação de suporte de vida tem o propósito de evitar medidas que não resultem em recuperação da saúde da pessoa, de certa forma significando levar o paciente a “morrer com dignidade”. A adoção dessa perspectiva perante a morte faz com que os profissionais de saúde discutam e se confrontem com a recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis, valorizando a decisão do paciente e mantendo sua dignidade na fase final da vida²³.

A equipe multidisciplinar amostrada demonstrou entender e ser capaz de identificar assuntos relacionados ao tema. Os entrevistados acreditam que essa medida deve ser decisão conjunta entre os profissionais envolvidos na assistência e o paciente e sua família, para que não prolongue o sofrimento e promova morte digna a pacientes sem possibilidade de melhora.

Identificando cuidados paliativos

Cuidados paliativos são definidos como assistência ativa e total a pacientes cuja doença não responda às terapêuticas curativas, priorizando o controle da dor e dos sintomas psicológicos, sociais e espirituais e objetivando melhorar a qualidade do final de sua vida²⁴. Ao analisar os dados obtidos, observam-se

repetidas definições de cuidados paliativos, como alívio do sofrimento, oferecer morte digna, promover qualidade de vida, alívio da dor e conforto ao paciente, concluindo que a equipe entendia o tema:

“[São] conjunto de cuidados em pacientes sem probabilidades terapêuticas, oferecendo uma morte digna e diminuição do sofrimento em pacientes incuráveis e em estágio avançado de determinadas doenças, prevenindo alívio do sofrimento e dor, tanto para paciente como para familiares” (P17).

“Cuidados paliativos, para mim, é manter o paciente confortável, sem dor, depois que já foi feito tudo o que se podia fazer para dar uma qualidade de vida” (P27).

“Conjunto de medidas que visem o conforto do doente numa fase terminal ou incurável de uma doença” (P33).

Por se tratar de abordagem complexa que objetiva atender a variadas demandas do paciente e sua família, os cuidados paliativos implicam planejamento e execução por equipe multidisciplinar. Incluem a relação interpessoal entre os envolvidos, sendo intervenções técnicas secundárias ao contato e à interação que se estabelece entre paciente, família e equipe²⁵. Verificou-se que os profissionais entendiam os cuidados paliativos como abordagem que envolve equipe multiprofissional, que deve assistir não só ao paciente, mas também à sua família:

“São os cuidados realizados a pacientes e também à família, cuja doença é irreversível e levará à morte, visando promover o bem-estar e a dignidade no processo de morte” (P1).

“É um conjunto de cuidados que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, proporcionando alívio do sofrimento, dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (P25).

“Assistência e medidas de conforto para o paciente envolvendo família e equipe multidisciplinar para assistir o paciente quando a terapêutica curativa não é possível” (P31).

Os cuidados paliativos surgiram no Brasil na década de 1980, e eram destinados a pacientes terminais com câncer²⁶. Algumas respostas obtidas neste estudo demonstram que ainda são entendidos como reservados principalmente para pacientes terminais:

*“São os cuidados ou medidas de conforto que pres-
tamos para amenizar o sofrimento de pacientes ter-
minais” (P13).*

*“Cuidados e assistência realizada por uma equipe
multidisciplinar com objetivo de qualidade de vida
para paciente perante a doença terminal” (P11).*

No entanto, em 2002 e novamente em 2017, ampliando esse entendimento, os cuidados paliativos foram redefinidos como *abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (...) que enfrentam problemas relacionados a doenças que ameaçam a vida*¹⁰. Alguns participantes assim os compreendem, considerando que essa abordagem deve ocorrer desde o início do diagnóstico:

“Medidas a serem tomadas para garantir conforto e alívio de sofrimento. Devem ser iniciados desde o início do diagnóstico de uma doença crônica incurável, paralelamente aos cuidados terapêuticos específicos” (P30).

“São cuidados que visam o bem-estar clínico do paciente e que devem ser iniciados em qualquer estágio de sua doença, independentemente se ela é terminal ou não” (P32).

Alguns participantes, técnicos de enfermagem, consideraram os cuidados paliativos como a própria assistência prestada por eles no dia a dia da UTI, por serem os profissionais mais envolvidos no processo de cuidar. Porém, essa compreensão pode ser questionada, pois os cuidados paliativos estão inseridos em modelo de cuidado humanizado e devem ser tratados não apenas como obrigação, baseando-se em respeito e solidariedade²⁷. As falas a seguir demonstram o posicionamento dos participantes:

“É mantendo os cuidados normais de assistência juntamente com sedação e medidas de conforto” (P7).

“São os mesmos cuidados com uma pessoa que tem 100% de chance de sair da UTI, mudança de decúbito, banho, troca de curativos, higiene oral...” (P19).

“Cuidados paliativos é fazer as medicações prescritas que tiver, dar conforto, fazer todos os cuidados igual aos outros pacientes” (P21).

Segundo Paranhos²¹, para morrer de forma digna o paciente precisa de qualidade de vida, assistência centrada nele e em sua família, decisão compartilhada, alívio do sofrimento, comunicação clara,

ambiente acolhedor, relacionamento de ajuda entre todos e conhecimentos específicos sobre os cuidados. A discussão e a noção sobre essa abordagem melhoram a assistência prestada pelos profissionais de saúde, revelando atenção mais humana e preocupada com bem-estar, alívio da dor e conforto do paciente e sua família, não sendo vista como simples realização de procedimentos²⁶.

Em UTI, a morte é previsível, uma vez que seus pacientes têm sempre condições de saúde ameaçadoras à vida. Assim, atualmente os cuidados paliativos devem ser entendidos como filosofia aplicável a todos, concomitantemente aos recursos farmacológicos e tecnológicos, sempre considerando o bem-estar do paciente e sua família²⁶.

Conclui-se, por meio das falas da equipe entrevistada, que os cuidados paliativos são compreendidos como abordagem multidisciplinar e se constituem de várias intervenções para alívio de sofrimento físico, psicossocial e espiritual, garantindo melhor qualidade de vida ao paciente e sua família, devendo ser iniciados na admissão do paciente na UTI, em modelo de cuidado humanizado.

Cuidados paliativos em pacientes com limitação de suporte de vida

A análise dos resultados apontou que todos os participantes concordavam que a oferta de cuidados paliativos e intensivos a pacientes em limitação de suporte de vida é benéfica, baseando-se principalmente no direito de todo ser humano de morrer sem sofrimento.

Apesar das particularidades de cada paciente, na maioria das vezes são admitidos em UTI quando ainda existe possibilidade de reverter a doença. Entretanto, o quadro pode evoluir desfavoravelmente, e a equipe deve estar preparada para identificar quando cessa o benefício do tratamento intensivo. Nessas situações, os cuidados paliativos se tornam imprescindíveis, e são complexos o suficiente para propiciar atenção específica e contínua para o paciente e sua família²⁰.

É importante destacar que, diante da irreversibilidade da doença e da proximidade da morte, a afirmação de que “nada mais pode ser feito” deve ser evitada, pois sempre haverá tratamento para controlar e aliviar sintomas e sofrimentos do paciente. Para que isso ocorra, a equipe multiprofissional deve estar preparada para adequar o cuidado intensivo ao cuidado paliativo²⁰.

As falas dos participantes evidenciam o reconhecimento dos benefícios de planejar e prestar cuidados

paliativos a pacientes com limitação de suporte de vida, visando seu conforto e bem-estar e de seus familiares:

“Sim, porque tem como objetivo o alívio do sofrimento e a humanização no processo de morte” (P1).

“Sim, acredito que contribuem para uma melhor qualidade de vida, possibilita uma discussão ética a respeito de distanásia x ortotanásia, aproxima os familiares dos cuidados, além de envolver a equipe” (P2).

“Sempre! Embora o paciente tenha indicação de limitação de suporte de vida, não significa que não terá nenhum cuidado. Este paciente em especial precisa ter seu conforto garantido e isso ocorre através dos cuidados paliativos” (P32).

Por fim, como confirmam as falas dos participantes, a UTI atende pacientes que necessitam de cuidados muito complexos, em ambiente marcadamente tecnológico, mas, diante da impossibilidade de cura, os cuidados paliativos devem servir como alternativa para melhorar sua qualidade de vida, oferecendo morte digna e sem sofrimentos²⁰.

Ações multidisciplinares de cuidados paliativos em UTI

Os cuidados paliativos sugerem a ação de equipe multidisciplinar, contemplando o indivíduo nas dimensões física, mental, espiritual e social. Isso requer a partilha de saberes e responsabilidades, visando o bem-estar e a qualidade de vida do paciente e de sua família²⁸. A equipe deve estar apta a atender essas necessidades de forma integral e humanizada, articulando e promovendo ações que garantam sobrevida digna e controle dos sintomas, produzindo assistência harmônica e adequada²⁵.

A seguir, serão apresentadas as ações da prática profissional dos participantes aliada à sua perspectiva sobre a prestação dos cuidados paliativos a pacientes com limitação de suporte de vida em UTI. A análise das falas permite perceber que cada categoria profissional reconhece seu papel para estabelecer cuidado mais humanizado a esses pacientes, sendo possível viabilizar cuidado paliativo.

A assistência integral, sugerida pela prática do cuidado paliativo, é ver o paciente de todos os ângulos, visando elaborar proposta de abordagem adequada e centrada em suas necessidades. Ignorar qualquer dessas dimensões leva a abordar os sintomas de modo menos efetivo e eficaz, uma vez que a avaliação do quadro do paciente e de suas demandas

resta incompleta. A equipe multidisciplinar, com suas diferentes perspectivas, pode realizar esse trabalho de forma abrangente²⁴. Ainda assim, o sujeito da ação é sempre o paciente, respeitando-se sua autonomia.

As respostas ao instrumento de pesquisa foram analisadas e sintetizadas de acordo com as profissões dos participantes, apontando os cuidados mais evidenciados pelos entrevistados. Porém, vale destacar que essas ações devem ser realizadas concomitantemente.

• **Enfermagem**

O profissional de enfermagem é fundamental para implantar cuidados paliativos, pois sua formação se baseia prioritariamente no “cuidar”. Enfermeiros e técnicos de enfermagem são responsáveis por atender às necessidades básicas do paciente e colaboram na busca por sobrevida mais digna, realizando ações que trazem conforto ao paciente, além dos cuidados básicos²⁸.

Cabe ao enfermeiro, em especial, gerir o cuidado ao paciente, bem como, dada sua proximidade com ele, mediar a relação entre este, sua família e a equipe multiprofissional²⁹. A seguir são elencadas as principais abordagens apontadas pela análise das respostas da equipe de enfermagem:

- oferecer carinho, dedicação, amor e respeito para que o paciente tenha descanso digno;
- promover conforto e bem-estar ao paciente;
- realizar cuidados de enfermagem, como higienização e hidratação corporal, higienização oral, troca de curativos, mudanças de decúbito, colocação de coxins, posicionamento no leito e massagens, mantendo a dignidade e qualidade de vida do enfermo;
- medicar conforme prescrição, evitando a dor;
- assegurar dieta adequada, auxiliando quando necessário, e comunicar intercorrências, como desconfortos;
- respeitar a privacidade e as vontades do paciente consciente;
- conversar e ajudar com suas crenças para que possa encontrar paz;
- dizer palavras de conforto, fazer com que se sintam bem;
- manter boa ventilação, colocar oxigenoterapia, aspirar quando necessário;
- acolher a família, integrando-a aos cuidados, mostrando as intervenções realizadas no paciente, promovendo tranquilidade;

- evitar comentários desagradáveis, proporcionando ambiente acolhedor ao paciente e sua família;
- comunicar aos demais membros da equipe (médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, sacerdotes) sobre as dificuldades e solicitações dos pacientes, quando necessário.

Percebe-se que a enfermagem exerce papel extremamente importante nos cuidados paliativos, controlando sintomas e alívio da dor e se comunicando com familiares e paciente. Destaca-se igualmente na integração e comunicação com a equipe multidisciplinar, englobando aspectos biopsicossociais e buscando melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do paciente e de sua família³⁰.

• **Fisioterapia**

Em situações envolvendo cuidados paliativos, cabe ao fisioterapeuta que atua em UTI utilizar métodos e recursos de sua profissão para aprimorar a assistência ao paciente, facilitando sua adaptação à progressiva perda de funcionalidade ou até à chegada da morte, minimizando sintomas³¹. As principais abordagens fisioterapêuticas constatadas nas respostas foram:

- aliviar a dor, mediante mobilizações, alongamentos e terapia manual;
- aliviar o desconforto respiratório, por meio de aspiração e higiene brônquica;
- auxiliar a manter boa ventilação do paciente, adequando o uso de oxigênio ou ventilação não invasiva, se necessário, e parâmetros da ventilação mecânica, quando em uso.

Conclui-se que o fisioterapeuta, utilizando recursos, técnicas e exercícios adequados, em conjunto com a equipe multiprofissional, proporciona ao paciente alívio de sofrimento, dor e outros sintomas estressantes. Oferece também suporte para que permaneça o mais ativo possível, com dignidade e conforto, bem como apoiando seus familiares³².

• **Medicina**

O profissional médico deve atuar com a equipe multiprofissional e garantir que o cuidado alcance todos os aspectos biopsicossociais e espirituais do paciente e sua família. Comunicação adequada é extremamente importante, devendo o médico assegurar que toda a equipe trabalhe na mesma direção. Cabe também a esse profissional informar ao paciente e sua família sobre o quadro clínico²⁸. A seguir, as principais abordagens encontradas na análise das falas da equipe médica:

- participar ativamente do processo de decidir por limitação de suporte de vida;
- coordenar e discutir com a equipe multiprofissional quanto ao quadro terminal do paciente e medidas clínicas para conforto;
- acolher e orientar o paciente (quando possível) e familiares durante todo o processo de internação, possibilitando visitas estendidas e apoio religioso;
- providenciar alívio dos sintomas (dispneia, dor, náusea, êmese, constipação, confusão mental etc.) decorrentes do quadro patológico;
- oferecer conforto;
- adequar analgesia para evitar a dor;
- atender às necessidades básicas e de higiene do paciente, envolvendo a família no processo de cuidados e a equipe multiprofissional para minimizar o sofrimento do enfermo;
- reavaliar e readequar o tratamento de acordo com as respostas do paciente.

Cabe ao profissional médico atuar como elemento facilitador para que toda a equipe trabalhe e ajude o paciente a exercer sua autonomia, compartilhando as escolhas e decisões com paciente, família e equipe multidisciplinar²⁸.

• **Nutrição**

A intervenção nutricional adequada promove bem-estar, controla sintomas e melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares³³. Aspectos biológico, emocional, social e cultural do paciente devem ser associados à alimentação, sendo o nutricionista o principal agente nesse processo. A seguir, as práticas de nutrição identificadas nas respostas ao instrumento de pesquisa:

- auxiliar o paciente no manejo do suporte nutricional, melhorando a qualidade de vida, adaptando a dieta às necessidades específicas individuais;
- confortar a família, quando necessário, em relação às dúvidas sobre nutrição;
- auxiliar na redução de sintomas gastrointestinais adaptando a dieta, alterando nutrientes, ajustando as porções via oral ou modificando o volume e a velocidade de infusão das dietas enterais.

A nutrição em cuidados paliativos deve oferecer prazer e conforto emocional, auxiliando a diminuir ansiedade e aumentar autoestima e independência do paciente. Deve permitir maior integridade e melhor comunicação com familiares, sempre visando

qualidade de vida e bem-estar do paciente e respeitando sua autonomia³⁴.

• **Psicologia**

O psicólogo procura amenizar o sofrimento, a ansiedade e a depressão do paciente e de seus familiares diante da morte, contribuindo para que falem sobre o problema e ajudando a enfrentá-lo²⁸. Seu envolvimento é importante tanto na prevenção quanto nas diversas etapas do tratamento. Seguem algumas das atividades realizadas pelo serviço de psicologia encontradas nos resultados:

- oferecer suporte emocional ao paciente e sua família, fortalecendo recursos para enfrentar a situação em que se encontram;
- auxiliar os pacientes e sua família a enfrentar o processo de luto antecipado;
- assistir o processo de comunicação entre equipe multiprofissional e família, promovendo reuniões entre as partes e garantindo a compreensão do quadro clínico;
- ajudar a preparar a família para cuidar de pacientes debilitados/sequelados.

O trabalho do psicólogo em cuidados paliativos consiste em amenizar os vários sentimentos, como estresse, depressão e sofrimento, fornecendo suporte emocional ao paciente e sua família para que compreendam o processo da doença nas suas diferentes fases²⁸.

• **Serviço social**

O serviço social tem dois papéis importantes em cuidados paliativos. O primeiro é informar a equipe sobre a história de vida do paciente, para que se planeje o melhor tratamento. O segundo consiste no elo que deve estabelecer entre paciente, família e equipe, fortalecendo relações e providenciando os recursos necessários para que o paciente tenha morte digna junto de sua família²⁸. Seguem algumas das atividades realizadas pelo serviço social levantadas na análise:

- contatar a família sempre que necessário;
- oferecer suporte aos familiares para enfrentar a aproximação da morte de seu ente querido;
- orientar a família quanto aos trâmites legais após o óbito.

A atuação do assistente social em cuidados paliativos se resume a conhecer a história de vida do paciente e sua família, oferecendo informações e orientações a eles e à equipe³².

Considerações finais

Pode-se concluir que o estudo representa pequena amostra da grande complexidade existente entre duas concepções ainda em construção no cenário brasileiro, que podem usufruir da bioética, como campo do saber, para aprimorar as tomadas de decisão. Se de um lado está o conceito do cuidado intensivo, vestido de tecnologia e de busca incessante pela recuperação da vida, de outro tem-se cuidado paliativo, voltado para a manutenção da qualidade de vida. Este estudo, porém, considerando o paciente em cuidado intensivo com limitação de suporte de vida e a perspectiva de cuidado paliativo, exigiu que os participantes analisassem sua atividade profissional criteriosamente, intensificando seu senso crítico sobre tarefas e rotinas normalmente desempenhadas.

Dessa maneira, este estudo possibilitou aproximar pesquisadores e membros da equipe multidisciplinar da UTI. Os profissionais de saúde reconheceram a necessidade de estabelecer critérios para atender pacientes com limitação de suporte de vida em UTI e a importância dos cuidados paliativos, sendo possível aplicá-los por meio de ações sistematizadas.

Os objetivos deste estudo foram atingidos ao identificar que a equipe multidisciplinar conhecia os temas “limitação de suporte de vida” e “cuidados paliativos”, permitindo que ações fossem elaboradas de forma sistematizada. Como limitação da pesquisa, pode-se apontar a dificuldade em discutir e aprimorar teoricamente a relação entre os temas tratados, sendo necessário correlacionar outros tópicos para subsidiar a discussão, como a morte e o processo de morrer, conceitos bioéticos e dilemas relacionados ao morrer e situações de final de vida em UTI.

Os resultados caracterizam ainda o posicionamento tímido dos profissionais quanto a proporcionar morte digna e sem sofrimento para os pacientes que morrem em UTI com doenças consideradas terminais. Tal constatação exige da academia planejar novos estudos e das instituições proporcionar momentos de análise e reflexão sobre o processo de trabalho dos profissionais, com olhar mais atento ao cuidado paliativo de pacientes em limitação de suporte de vida.

Sugere-se que estudos futuros com métodos diferentes sejam realizados para relacionar os temas, com a finalidade de propor assistência que vise o cuidado focado na qualidade de vida do paciente internado em UTI em suas variadas dimensões.

Referências

1. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2014 [acesso 15 set 2017];22(1):94-104. DOI: 10.1590/S1983-80422014000100011
2. Silva RS, Pereira Á, Mussi FC. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. Esc Anna Nery [Internet]. 2015 [acesso 15 set 2017];19(1):40-6. Disponível: <https://bit.ly/2Inamrg>
3. Vicensi MC. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 15 set 2017];24(1):64-72. Disponível: <https://bit.ly/2FiMdjH>
4. Chaves AAB, Massarollo MCKB. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [acesso 15 set 2017];43(1):30-6. Disponível: <https://bit.ly/31Q4Kxs>
5. Trotta EA. Expressão de coerção em enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem que assistem pacientes pediátricos em situação de limitação de suporte de vida [tese] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012 [acesso 15 set 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2IPnUL2>
6. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931/09 [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 15 set 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2gyRqtD>
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 233, p. 157, 6 dez 2017 [acesso 15 set 2017]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2GBXolq>
8. Lago PM, Piva J, Garcia PC, Troster E, Bousso A, Sarno MO *et al.* End-of-life practices in seven Brazilian pediatric intensive care units. *Pediatr Crit Care Med* [Internet]. 2008 [acesso 15 set 2017];9(1):26-31. Disponível: <https://bit.ly/2L0vrt1>
9. Costa TF, Morais JMD, Oliveira AMM, Rodrigues FA, Montenegro SMSL, Holanda AR. Terminalidade e cuidados paliativos em UTI: discurso dos técnicos de enfermagem. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2014 [acesso 15 set 2017];8(5):1157-63. Disponível: <https://bit.ly/2KnpNBV>
10. Cuidados paliativos. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Notas descriptivas; 2018 [acesso 23 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2LJnLND>
11. Costa Filho RC, Costa JLF, Gutierrez FLBR, Mesquita AF. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2008 [acesso 23 jan 2018];20(1):88-92. Disponível: <https://bit.ly/2InbBq9>
12. Guliní JEHMB, Nascimento ERP, Moritz RD, Rosa LM, Silveira NR, Vargas MAO. A equipe da unidade de terapia intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017 [acesso 15 maio 2018];51:e03221. DOI: 10.1590/s1980-220x2016041703221
13. Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 2ª ed. São Caetano do Sul: Difusão; 2009.
14. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 13 jun 2013 [acesso 15 jul 2018]. Disponível: <https://bit.ly/20ZpTyq>
15. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analisando dados qualitativos. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 77-96.
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol [Internet]. 2006 [acesso 15 jul 2018];3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
17. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Bioética [Internet]. 1993 [acesso 15 set 2017];1(2):139-44. Disponível: <https://bit.ly/2MUIGye>
18. Paiva FCL, Almeida JJ Jr, Damásio AC. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2014 [acesso 15 jul 2018];22(3):550-60. Disponível: <https://bit.ly/2WNU7vR>
19. Mazutti SRG, Nascimento AF, Fumis RRL. Limitação de suporte avançado de vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2016 [acesso 15 jul 2018];28(3):294-300. DOI: 10.5935/0103-507X.20160042
20. Moritz RD. Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva. São Paulo: Atheneu; 2012.
21. Paranhos GK. Argumentação dos intensivistas pediátricos da cidade do Rio de Janeiro sobre limitação de suporte de vida: uma análise bioética [dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011 [acesso 15 jul 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2x13adZ>
22. Bitencourt AGV, Dantas MP, Neves FBRC, Almeida AM, Melo RMV, Albuquerque LC *et al.* Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2007 [acesso 15 jul 2018];19(2):137-43. Disponível: <https://bit.ly/2InkmRk>
23. Lago PM, Piva J, Kipper D, Garcia PC, Pretto C, Giongo M *et al.* Limitação de suporte de vida em três unidades de terapia intensiva pediátrica do sul do Brasil. J Pediatr [Internet]. 2005 [acesso 15 jul 2018];81(2):111-7. DOI: 10.1590/S0021-75572005000300005
24. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.

25. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arriera ICO. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 15 jul 2018];22(4):1134-41. DOI: 10.1590/S0104-07072013000400032
26. Falco HT, Nascimento D, Rodrigues TG, Soares MR, Rosa MLS, Dias J *et al.* Cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva: uma discussão. *Enferm Rev* [Internet]. 2012 [acesso 15 jul 2018];15(2):191-201. Disponível: <https://bit.ly/2WOijhO>
27. Santana JCB, Caldeira CLG, Martins FPL, Andrade JD, Silva CCD. Vivências do cuidar de pacientes na terminalidade da vida: percepção de um grupo de acadêmicos de enfermagem. *Enferm Rev* [Internet] 2015 [acesso 15 jul 2018];18(2):29-41. Disponível: <https://bit.ly/2WTUgJO>
28. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso 15 jul 2018];18(9):2577-88. Disponível: <https://bit.ly/1SXbJat>
29. Nilson C. Cuidado paliativo na UTI: o papel da enfermagem na equipe multidisciplinar. In: Moritz RD. Op. cit. p. 103-6.
30. Luiz MM, Mourão Netto JJ, Vasconcelos AKB, Brito MCC. Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2018 [acesso 20 maio 2018];10(2):585-92. Disponível: <https://bit.ly/2WTFZF6>
31. Gulini JEHMB. Cuidado paliativo na UTI: abordagem da fisioterapia. In: Moritz RD. Op. cit. p. 95-101.
32. Andrade BA, Sera CTN, Yasukawa SA. Papel do fisioterapeuta na equipe de cuidados paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Op. cit. p. 230-3.
33. Morais SR, Bezerra AN, Carvalho NS, Viana ACC. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Dor* [Internet]. 2016 [acesso 20 maio 2018];17(2):136-40. Disponível: <https://bit.ly/2lqQdD>
34. Nascimento AG. Papel da nutricionista na equipe de cuidados paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Op. cit. p. 227-9.


Participação dos autores

Martha Maria de Oliveira Pegoraro coletou dados e redigiu o texto. Maria Cristina Paganini orientou o trabalho e revisou o manuscrito. Ambas as autoras conceberam o estudo.


Correspondência

Martha Maria de Oliveira Pegoraro – Rua Odilon Santana Gomes, 279, sb 8 CEP 82110-360. Curitiba/PR, Brasil.

Martha Maria de Oliveira Pegoraro – Mestre – marthamariamendes@hotmail.com

 0000-0002-4296-9878

Maria Cristina Paganini – Doutora – mcristinapaganini@gmail.com

 0000-0002-5248-476X

Recebido: 23.10.2018

Revisado: 15. 2.2019

Aprovado: 13. 5.2019

