

Cristina Bueno Terzi Coelho¹, James R. Yankaskas¹

Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva

New concepts in palliative care in the intensive care unit

1. University of North Carolina at Chapel Hill - North Carolina, United States.

RESUMO

Alguns dos pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva podem enfrentar condições de doença terminal, que geralmente levam à morte. O conhecimento sobre cuidados paliativos é recomendado para os profissionais de saúde encarregados do cuidado destes pacientes. Em muitas situações, os pacientes devem ser avaliados diariamente, já que a introdução de novos tratamentos pode ou não ser benéfica para eles. As discussões entre os membros da equipe de saúde, relacionadas ao prognóstico e aos objetivos do tratamento, devem ser avaliadas cuidadosamente em cooperação com os pacientes e seus familiares. A adoção na unidade de terapia intensiva de protocolos relacionados a pacientes em final da vida é fundamental. É importante ter uma equipe multidisciplinar para determinar se é necessário deixar de iniciar ou mesmo retirar tratamentos avançados. Além disto, pacientes

e familiares devem ser informados de que os cuidados paliativos envolvem o melhor tratamento possível para aquela situação específica, assim como respeitar suas vontades e considerar as bases sociais e espirituais dos mesmos. Assim, o objetivo desta revisão foi apresentar os cuidados paliativos como uma opção razoável para dar suporte à equipe da unidade de terapia intensiva na assistência a pacientes com doença terminal. São apresentadas atualizações com relação a dieta, ventilação mecânica e diálise nestes pacientes. Ainda, discutiremos o programa, comum nos Estados Unidos, conhecido como filosofia *hospice*, como alternativa ao ambiente da unidade de terapia intensiva/hospital.

Descritores: Planejamento antecipado de cuidados; Cuidados críticos; Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Cuidados para prolongar a vida; Cuidados paliativos

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 14 de agosto de 2016

Aceito em 12 de setembro de 2016

Autor correspondente:

Cristina Bueno Terzi Coelho
Department of Medicine, Division of Pulmonary and Critical Care, School of Medicine, University of North Carolina, Chapel Hill, NC
100 Manning Drive Chapel Hill, North Carolina 27515
United States
E-mail: cristerzi@gmail.com

Editor responsável: Thiago Costa Lisboa

DOI: 10.5935/0103-507X.20170031

INTRODUÇÃO

Qualquer evento que precipite uma admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) pode levar à piora irreversível dos sintomas de uma doença crônica ou de um evento agudo. A equipe multidisciplinar da UTI deve reavaliar continuamente a evolução clínica de seus pacientes, o que inclui redefinir os objetivos do tratamento e considerar a provisão de cuidados paliativos quando o tratamento não mais oferecer benefícios.⁽¹⁾ Em alguns casos, a morte é inevitável e retardada somente com elevados custos psicológicos, sociais e financeiros para todas as partes envolvidas neste processo (paciente, família e profissionais de saúde). Em muitos casos, o tratamento adicional não atinge os objetivos de tratamento do paciente.⁽²⁾ Estas situações vem se tornando mais frequentes, já que hoje 20% a 33% dos pacientes morrem na UTI.^(3,4)

O que podemos fazer quando estamos diante de um paciente em uso de suporte avançado de vida, mas que não apresenta qualquer melhora razoável? O que pode ser oferecido? Neste contexto, a filosofia de *hospice* apresenta-se como solução e tem se tornado um programa com crescimento exponencial nos Estados Unidos.

Neste artigo, discutiremos o controle dos sintomas e o papel da dieta, da diálise e da ventilação mecânica em pacientes críticos com doenças terminais. Finalmente, salientaremos como os sistemas de cuidados paliativos e um sistema de *hospice* podem ser integrados com a equipe da UTI.

TOMADA DE DECISÃO

A Organização Mundial da Saúde concluiu que apenas 14% dos pacientes em todo o mundo que necessitam de cuidados paliativos recebem este tipo de atenção.⁽⁵⁾ Muitos deles são tratados na UTI. Em razão da ampla disponibilidade de tecnologias para suporte de vida nas UTI, a coexistência de cuidados paliativos na UTI é um desafio. Assim, a terapia intensiva atual deve ser equilibrada entre medidas paliativas e curativas em condições críticas.⁽⁶⁻⁸⁾

Além disto, a finalidade primária da UTI não deve ser apenas promover tratamento agressivo; ela deve também ajudar pacientes e familiares a tomarem decisões sábias, no que se refere ao final da vida.⁽⁹⁻¹¹⁾ Assim, é obrigatório que os intensivistas recebam treinamento para cumprirem este papel, que é atual e fundamental.^(2,12)

Hoje, a presença de um serviço de cuidados paliativos é elemento para acreditação adotado como necessário pela *American College of Surgeons Commission on Cancer* e utilizada para a escolha dos melhores centros médicos nos Estados Unidos.⁽¹³⁾ Os cuidados paliativos na UTI dão suporte aos pacientes e familiares, podendo proporcionar um ambiente mais confortável, a melhor cura e maior conscientização a respeito da terminalidade da vida.⁽¹⁴⁾

No Brasil, a legislação e os códigos de ética foram recentemente alterados. A constituição brasileira declara que a dignidade humana na morte é um direito primário, o que se alinha com a retirada do suporte de vida. A interpretação da lei assume que ninguém, mesmo em uma situação que ameace a vida, pode ser forçado a aceitar um tratamento médico ou cirurgia.⁽¹⁵⁾ A resolução número 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) dá suporte à suspensão de tratamentos fúteis para doença terminal incurável, se aceita pelo paciente ou por seu representante legal. A diretiva antecipada de vontade (resolução 1.995/2012 do CFM) é um documento legal e ético que permite aos profissionais de saúde respeitar a vontade de

uma determinada pessoa. Este documento permite que alguém faça suas próprias escolhas com relação a futuros tratamentos, como de receber ou recusar um tratamento, caso se encontre incapacitado de comunicar-se ou expressar sua vontade.

Recentemente este tópico despertou atenção da comunidade médica brasileira, e foram publicados diversos artigos nacionais e internacionais a respeito de cuidados paliativos e doença terminal na UTI.⁽¹⁶⁻²²⁾

COMUNICAÇÃO

Há evidências de que a comunicação entre a equipe da UTI e pacientes/familiares é inadequada. Estudos recentes demonstraram que os familiares do paciente se acham insatisfeitos com a qualidade desta comunicação.^(23,24) Sugeriu-se que a qualidade da comunicação entre a equipe da UTI e a família se relaciona diretamente com a satisfação dos membros da família com o tratamento.^(25,26)

A comunicação com o paciente e seus familiares pode ser dificultada na UTI, em razão da severidade da doença, de complicações médicas, do elevado risco de óbito e do limitado conhecimento médico da família. Não é frequente que os intensivistas conduzam discussões sobre diretivas antecipadas ou plano de cuidados nos hospitais. Os esforços para melhorar a qualidade e a quantidade destas discussões (quando o paciente se encontra estável) melhoram a eficiência das UTI, reduzem o ônus dos cuidados ao paciente durante o período de fim da vida, e reduzem o fardo sobre as famílias e provedores de cuidados médicos.⁽²⁷⁾ Alguns intensivistas hesitam em se comunicar quando os problemas, opções terapêuticas e prognósticos não estão bem definidos. Os dados de pesquisa sobre interações com os familiares na UTI são limitados. Uma abordagem sistemática à comunicação diária pode ser eficaz neste tipo de situação. A abordagem descrita a seguir foi eficaz em diversos centros importantes nos Estados Unidos.

A boa comunicação é parte essencial da prática médica na UTI. Práticas padronizadas proporcionam uma base para melhora do cuidado aos pacientes na maioria das situações. Os elementos chave são: identificar as pessoas da equipe médica e da família (em geral quem toma as decisões médicas); estabelecer um horário regular para encontros diários; definir os principais problemas inicialmente e à medida que ocorre a evolução clínica; identificar e respeitar as preferências do paciente quanto ao tratamento e comunicar-se de forma concisa e consistente.

Após inicial avaliação e estabilização do paciente, a primeira reunião com familiares do paciente é essencial para encontrar e identificar o principal responsável por tomar

as decisões, relatar a avaliação inicial e o diagnóstico, assim como planos terapêuticos, avaliar a existência de diretivas antecipadas e planejar as reuniões subsequentes. Muitos não têm experiência em lidar com membros da família de um paciente crítico. É útil explicar os padrões de organização e os cuidados da UTI, além de esclarecer os papéis dos membros e a hierarquia da equipe. Reuniões programadas, por exemplo, imediatamente após cada passagem de visita médica, são úteis para todos. Um visitante responsável para cada paciente pode ajudar na redução de ambiguidades e confusões. Esta primeira reunião é, em geral, a mais longa e estabelece as expectativas para as reuniões futuras. Uma abordagem orientada ao problema, incluindo sua solução, piores e novos eventos, ajuda na organização das reuniões. Caso não exista alguma diretiva, os familiares podem ser orientados a considerar qual seria a escolha do paciente caso estivesse plenamente consciente naquelas circunstâncias. A comunicação efetiva pode facilitar o andamento dos cuidados.⁽²⁸⁾

A evolução clínica na UTI pode direcionar as discussões subsequentes na situação, futuras necessidades terapêuticas ou opções de cuidados paliativos. Os familiares apreciam saber que seus entes queridos receberam as opções terapêuticas mais bem indicadas, e que suas preferências, em relação aos cuidados, são respeitadas. Esta abordagem é eficaz tanto se o desfecho for de recuperação completa, quanto se for de óbito na UTI, ou transição para cuidados paliativos exclusivos.

A definição de morrer com dignidade reconhece incondicionais valores humanos intrínsecos, como conforto físico, qualidade de vida, autonomia, propósito, preparação e conexão interpessoal. Preservar a dignidade, evitar dano e prevenir/resolver conflitos são responsabilidades do profissional de saúde encarregado de cuidar do paciente durante seu final de vida.⁽⁸⁾ Existe uma mudança de paradigma, já que o foco se torna aliviar o sofrimento, em vez de curar a doença do paciente.

Uma abordagem terapêutica comum poderia ser definida com base nas prévias discussões entre a equipe multidisciplinar na UTI, incluindo a equipe que presta os cuidados primários e as diferentes especialidades envolvidas nos cuidados ao paciente. Isto ajuda a evitar sentimentos de incerteza para pacientes e familiares. Como frequentemente há múltiplas especialidades envolvidas, como médico clínicos, cirurgiões, oncologistas, intensivistas, especialistas em cuidados paliativos, é grande o risco de mal entendidos.

Esta abordagem proativa para comunicação dos cuidados paliativos aos pacientes e seus familiares diminuiu o tempo de permanência na UTI e no hospital, bem como o

tempo decorrido entre o conhecimento do prognóstico e a decisão de prosseguir para um tratamento de “cuidados de conforto”. Os cuidados de conforto enfatizam a qualidade dos últimos dias de vida, em vez de sua quantidade.^(29,30) Os encontros com os familiares devem ser baseados na confiança e na compreensão clara de que deixar de fornecer novas medidas ou retirar suporte de vida não significa suspender ou retirar os cuidados.⁽³¹⁾

Cook et al. observaram que a decisão de proceder à retirada da ventilação mecânica se baseou na preferência do paciente de não utilizar suporte de vida, na baixa expectativa de sobrevivência e no risco de receber alta da UTI com grande probabilidade de desenvolver baixa função cognitiva.⁽³²⁾ A retirada de suporte avançado de vida deve ser feita com o envolvimento da equipe multidisciplinar e da família, para assegurar que esta decisão seja coerente com os valores e objetivos daquele paciente em particular.⁽³³⁾ Após discutir a decisão com o paciente e a família, deve-se assegurar que todo o processo seja supervisionado. Devem ser assegurados todos os esforços para evitar desconforto, manter a analgesia, e controlar os sintomas, como dor, agitação e dispneia.⁽⁸⁾

Quando se discute com o paciente e a família sobre deixar de fornecer novas terapias ou retirar as que estão em uso, o profissional de saúde deve fazê-lo deixando claro que se continuará a fornecer a eles um tratamento de suporte.

A espiritualidade é parte vital da integridade humana e desempenha papel importante no processo de cura. Dados recentes sugerem que questões espirituais são comuns em pacientes com doenças graves, e que a maioria dos pacientes deseja discutir a espiritualidade com seus médicos.⁽³⁴⁻³⁶⁾ No entanto, menos de 50% dos médicos creem que devem discutir estas questões, e apenas uma minoria dos pacientes relatou que suas necessidades espirituais foram avaliadas.⁽³⁷⁾ Um tópico importante relacionado à comunicação é a compreensão das crenças espirituais do paciente e seus familiares. Pacientes em processo de morrer precisam de atenção especial às suas necessidades psicossociais e espirituais. Embora não se possa oferecer a esperança de cura, podemos oferecer a esperança de uma morte digna. Sempre há algo mais que você pode fazer para confortar o paciente e sua família, não importa o quanto a situação seja difícil.

Nos Estados Unidos, os capelães possuem capacitação que complementam a dos profissionais de saúde, proporcionando suporte espiritual às pessoas de todas as tradições de fé. Eles também exploram questões e preocupações espirituais que podem surgir durante a hospitalização. Os

capelães ajudam as pessoas a lidarem com questões como medo, solidão, valores éticos, propósito e esperança.

CONTROLE DOS SINTOMAS

Os opioides ainda são a principal opção para controle da dor em pacientes críticos.⁽³⁸⁾ Os intensivistas devem estar preparados para medicar os pacientes antes de realizarem procedimentos como drenagem torácica e retirada de dispositivos. Mesmo os procedimentos de rotina, como banho e mudança de posição, podem ser muito dolorosos para alguns pacientes.⁽³⁹⁾

A dispneia é tratada pelo cuidado adequado da doença de base, como uso de diuréticos e agentes inotrópicos para insuficiência cardíaca, suspensão da hidratação endovenosa e oferecimento de terapia não farmacológica. Os opioides são o fármaco de escolha para dispneia no final da vida, assim como para dispneia refratária ao tratamento em outras enfermidades. O uso de ansiolíticos pode ser útil para reduzir o componente ansioso da dispneia. Outras medicações podem ser utilizadas como adjuvantes, como diuréticos, broncodilatadores e corticosteroides.^(40,41) O posicionamento do paciente com doença pulmonar unilateral (mudança para decúbito específico) pode ser uma importante medida não farmacológica.⁽³⁹⁾

Considera-se oxigênio para pacientes com hipoxemia,⁽⁴²⁾ mas alguns estudos não identificam benefício da oxigenoterapia em comparação ao ar ambiente em pacientes não hipoxêmicos.⁽⁴³⁾

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO ARTIFICIAIS

Nutrição e hidratação artificiais não melhoram os desfechos de pacientes em fase final de vida e, às vezes, podem piorar o desconforto deles. Neste ponto, nutrição e hidratação artificiais podem causar náuseas e aumentar o risco de aspiração.⁽⁴⁴⁾

Nutrição e hidratação artificiais são intervenções clínicas que podem ser suspensas ou retiradas a qualquer momento durante o tratamento. As decisões devem basear-se em evidências, boas práticas, experiência clínica e julgamento. Deve-se ter uma linha de comunicação efetiva com o paciente, os familiares e/ou responsável pelas decisões, e respeitar a autonomia de dignidade do paciente.⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

DIÁLISE

Em 2013, o número de pacientes no Brasil com doença renal crônica submetidos a diálise foi de 100.397.⁽⁴⁹⁾ Muitos destes pacientes foram tratados em UTI.

Os nefrologistas têm uma responsabilidade de compreender as questões éticas por trás das tomadas de decisão e entender intimamente as recomendações bem definidas para início e descontinuação da diálise. Quando os nefrologistas verbalizam uma solução alternativa, todos sofrem menos: pacientes, familiares e até mesmo os provedores de cuidados – entre eles o próprio nefrologista.⁽⁵⁰⁾ A *Renal Physicians Association* e a *American Society of Nephrology* recomendam que os médicos iniciem precocemente e mantenham continuamente a conversa com pacientes em diálise e seus familiares, para assisti-los na expressão de sua vontade quanto às opções de controle da doença no final da vida.⁽⁵¹⁾ Com o objetivo de ajudar nesta difícil comunicação, Schell et al. descreveram uma oficina de habilidade em comunicação para nefrologistas denominada *Nephro-Talk*.⁽⁵²⁾

Uma vez iniciada a diálise, os nefrologistas devem avaliar continuamente a utilidade deste procedimento. A retirada da diálise, quando o tratamento global já não mais é benéfico para o paciente, é, atualmente, uma prática amplamente aceita em diversos países.⁽⁵³⁾

De acordo com a segunda edição da *Renal Physician Association* em relação à decisão de não iniciar ou descontinuar o uso de diálise, as recomendações são as seguintes: se for apropriado, limitar (deixar de iniciar ou suspender se já em andamento) a diálise para pacientes com lesão renal aguda, nefropatia crônica ou nefropatia terminal em certas situações bem definidas.

Deixar de fazer ou retirar a diálise é apropriado em casos específicos, incluindo os a seguir:

- Pacientes com capacidade de decidir que, plenamente informados e por escolha voluntária, recusam a diálise ou solicitam que ela seja descontinuada.
- Pacientes que não mais têm capacidade de decidir e que previamente indicaram recusa da diálise em uma diretiva oral ou escrita.
- Pacientes que não mais têm capacidade de decidir e cujo representante legalmente aceito recusa a diálise ou solicita que ela seja descontinuada.
- Pacientes com comprometimento neurológico irreversível e profundo.

Cuidados médicos que incorporam cuidados paliativos com atenção para o conforto do paciente e qualidade de vida ao morrer devem ser tratados diretamente ou conduzidos em consulta com a área de cuidados paliativos com referência para um programa de *hospice*.

Recomenda-se também considerar não iniciar ou suspender a diálise para lesão renal aguda, nefropatia crônica

ou nefropatia terminal em pacientes com prognóstico muito reservado ou para aqueles nos quais a diálise não pode ser conduzida com segurança. Encontram-se nestas categorias os seguintes pacientes: aqueles cuja condição clínica não permite o processo técnico de diálise, em razão da incapacidade do paciente de cooperar (por exemplo, paciente com demência avançada que remove as cânulas de diálise), ou porque as condições do paciente são demasiadamente instáveis (por exemplo, hipotensão profunda), ou aqueles com doença terminal de causas não renais (reconhecendo que alguns, nestas condições, percebem um benefício de prosseguir com a diálise).

Deve-se também discutir indicação da diálise para pacientes com nefropatia crônica em estágio 5 com idade acima de 75 anos que cumprirem dois ou mais dos critérios estatisticamente significantes de mau prognóstico citados a seguir:

- 1) Resposta do médico como “Não, eu não ficaria surpreso” para a questão “surpresa”, que significa, em uma análise multivariada, que a probabilidade de óbito em 6 meses foi significativamente maior quando o nefrologista respondeu não à pergunta “Eu ficaria surpreso se este paciente morresse antes de 6 meses?”.
- 2) Elevado escore de comorbidades (por exemplo, Índice Modificado de Comorbidades de Charlson de 8 ou mais).
- 3) Funcionalidade significativamente comprometida (por exemplo, Índice de Desempenho de Karnofsky menor que 40).
- 4) Desnutrição crônica grave (por exemplo, albumina sérica inferior a 2,5g/dL).

A equipe da UTI deve discutir estas considerações com os nefrologistas e procurar chegar a um consenso. Quando a diálise está em questão, encoraja-se que todos os profissionais participem do processo decisório. Quando o prognóstico de um paciente é incerto ou se não for possível chegar a um consenso entre os profissionais, uma tentativa por um tempo limitado pode ser considerada e discutida com a família.⁽⁵⁴⁻⁵⁷⁾

Sugere-se que, quando se analisa uma decisão de retirada do tratamento, tanto o paciente quanto os familiares devem receber serviços de *hospice*, para proporcionar suporte emocional e espiritual, e para ajudar no controle dos sintomas físicos. Os sintomas mais comuns nestes pacientes são dor, prurido urêmico, distúrbios do sono, náuseas, vômitos e constipação. Em geral, estes sintomas podem ser controlados por um serviço tipo *hospice*.⁽⁵⁵⁻⁵⁹⁾

EXTUBAÇÃO PALIATIVA EM ADULTOS

Outra decisão difícil a ser tomada se refere à retirada da ventilação mecânica. Os intensivistas podem enfrentar uma variedade de situações nas quais os pacientes não deveriam ser submetidos a suporte ventilatório artificial em razão de uma falta de comunicação prévia referente aos objetivos do tratamento, como casos nos quais o paciente foi intubado em razão de insuficiência respiratória aguda e, então, transferido para a UTI. Porém, mais comumente, estas situações surgem durante uma evolução ruim de tratamentos associados a comorbidades prévias. Finalmente, aqueles pacientes com risco de desenvolver comprometimento cognitivo grave devem ser considerados.

Nestes últimos anos, tem ocorrido um crescimento na aceitação de que a retirada da ventilação mecânica pode ser parte de ações paliativas nas UTI.⁽⁶⁰⁾ Em estudo que incluiu Argentina, Brasil e Uruguai, houve variação nos resultados com relação à suspensão da ventilação mecânica. Os autores identificaram estes resultados como quase sempre realizados em 48,2% dos profissionais argentinos, 25,8% dos uruguaios e 18,9% dos profissionais brasileiros.⁽⁶¹⁾ O viés de só entrevistar participantes em um evento médico ou membros de sociedades de medicina intensiva pode ter influenciado nos resultados.

Os tópicos a seguir descrevem alguns pontos importantes para realizar extubação paliativa assegurando a dignidade do paciente:

1. Preparo da equipe de profissionais de saúde:
 - a. Revisão detalhada dos procedimentos a serem realizados com a equipe ao redor do paciente.
 - b. Todas as ações devem ser em benefício da dignidade do paciente.
2. Preparo do paciente e da família:
 - a. Melhorar a flexibilidade das visitas de familiares ao paciente.
 - b. Descontinuar os monitoramentos (como monitor cardíaco e oximetria de pulso), tratamentos e medicamentos desnecessários.
 - c. Assegurar que o paciente esteja calmo e sem dor.

São procedimentos práticos para extubação paliativa:⁽⁶²⁾

1. Remover a alimentação enteral 12 horas antes da extubação.
2. 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.

3. Toda a equipe que tomar parte do procedimento deve estar próxima ao paciente.
4. 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.
5. Manter acesso venoso para administrar medicamentos para conforto do paciente.
6. Manter um equipamento de sucção para qualquer secreção oral após a extubação.
7. Elevar a cabeceira do leito para 35 - 45°.
8. 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.
9. Utilizar máscara de oxigênio com umidificação após a extubação.
10. Observar os sintomas de ansiedade, dispneia e agitação, e tratá-los, se necessário.*

* Uma opção são os medicamentos para controle dos sintomas.

Pode-se administrar uma dose endovenosa de opioide em bolo e um benzodiazepínico, se for prevista ansiedade. Considerar uma infusão endovenosa contínua de medicação sedativa (vide a seguir). Não confiar na administração subcutânea ou enteral de fármacos, já que estes métodos demoram mais para agir.

Os sintomas mais comumente relacionados à remoção da ventilação mecânica e volta à ventilação natural são agitação, falta de ar e ansiedade. Nestes casos, as medicações mais utilizadas são os benzodiazepínicos e os opioides.

A seguir, descrevemos duas opções farmacológicas para controle dos sintomas na extubação paliativa no adulto:

1. Morfina e midazolam:⁽⁶²⁾ bom para pacientes comatosos com diminuição da consciência e/ou pacientes que receberam alguns destes medicamentos previamente.
Bolo: morfina 2 - 10mg; midazolam 1 - 2mg.
Infusão: morfina 50% da dose do bolo em mg/hora; midazolam 1 mg/hora.
2. Propofol:^(62,63) apropriado para pacientes despertos que podem experimentar desconforto respiratório mais acentuado após descontinuação da ventilação mecânica.
Bolo: 20 - 50mg.
Infusão: 10 - 100mg/hora.

O processo completo leva cerca de 20 a 60 minutos. É altamente recomendada a presença de uma equipe multidisciplinar para dar suporte à família em termos espirituais, incluindo um psicólogo ou assistente social.

A família deve estar ciente da possibilidade de que, após a extubação paliativa, o paciente pode manter a respiração natural por horas ou dias. Em um estudo recente, metade dos pacientes morreram após 1 hora da extubação paliativa, e a maioria deles sobreviveu até 10 horas. A dependência de fração de oxigênio inspirada acima de 70% e o uso de fármacos vasoativos se associam com tempo mais curto até que ocorra o óbito.⁽⁶⁴⁾

Observação: Se as orientações prévias do paciente com relação à sua vontade forem desconhecidas e não existir um representante designado ou um membro da família, ou ocorrer falta de consenso, os médicos devem seguir as orientações do comitê de bioética da instituição. Caso contrário, o Conselho Regional de Medicina deve ser consultado quanto à orientação para procedimentos apropriados. Este protocolo é meramente uma sugestão. Cada hospital deve ter seu próprio protocolo. A equipe de saúde deve utilizar seu próprio julgamento clínico e não deve tentar o procedimento, caso não esteja preparada. As faixas posológicas dos fármacos devem ser ajustadas, levando em consideração o peso do paciente, sua hidratação e suas funções renal e hepática. Deve haver cautela se o paciente estiver em uso de qualquer outra medicação concomitante. Todas as variáveis devem ser levadas em consideração.

CUIDADOS PALIATIVOS E HOSPICE

Definição

Cuidados paliativos se destinam a qualquer paciente em qualquer estágio de uma doença grave, e podem ter lugar juntamente do tratamento curativo. Estes cuidados não dependem do prognóstico e incluem serviços de *hospice*. Na maioria das condições clínicas, este cuidado é proporcionado pelo mesmo grupo de profissionais de saúde.

Hospice é um importante benefício proporcionado para pacientes com doenças terminais pelo sistema *Medicare* dos Estados Unidos. As pessoas que recebem cuidados de *hospice* não mais recebem tratamento curativo para sua doença de base.

O *hospice* é considerado um modelo para cuidados compassivos com qualidade para pacientes que enfrentam uma doença limitante do tempo de vida. Nos Estados Unidos, para qualificar-se para solicitar cuidados de *hospice* com cobertura do *Medicare*, um médico deve confirmar

que há previsão de que, se a doença seguir o curso normal, o paciente morrerá dentro de 6 meses. Os cuidados de *hospice* devem proporcionar tratamento especializado, controle da dor e suporte emocional e espiritual expressamente adaptados às necessidades e aos desejos do paciente. O suporte é também proporcionado para os familiares do paciente.

Os cuidados de *hospice* objetivam em cuidar, e não em curar. Nos Estados Unidos, cerca de 80% dos cuidados de *hospice* são prestados no domicílio do paciente. Entretanto, eles podem ser também providos em hospitais ou em outros tipos de instalações especializadas nos cuidados de pacientes nas últimas semanas ou dias de vida. Em geral, os sintomas são controlados por via subcutânea. Os serviços de *hospice* estão disponíveis para pacientes com qualquer doença terminal, independentemente de idade, religião ou raça.

Os cuidados de *hospice*, nos Estados Unidos, foram estabelecidos na década de 1970, quando os pacientes com câncer formavam a maior porcentagem de admissões aos cuidados de *hospice*. Mesmo nos dias atuais, o câncer ainda é responsável pela maioria dos pacientes neste tipo de serviço. O número de programas de *hospice* em nível nacional continua a crescer, sendo atualmente de 6.100 programas. Em 2014, estima-se que entre 1,6 e 1,7 milhão de pacientes receberam serviços de *hospice*. Os quatro principais diagnósticos primários, exceto câncer, entre pacientes

admitidos para programas de *hospice* durante o ano de 2014 foram: demência (14,8%), cardiopatia (14,7%), doença pulmonar (9,3%) e acidente vascular cerebral ou coma (6,4%).⁽⁶⁵⁾

Quando um paciente é transferido para “cuidados de conforto”, a equipe da UTI tem o suporte da equipe de cuidados paliativos, que pode incluir profissionais da UTI no planejamento dos cuidados e também acompanhará o paciente quando tiver alta da UTI.

CONCLUSÃO

A mortalidade nas unidades de terapia intensiva permanece elevada, e as equipes de profissionais de saúde das UTIs constantemente enfrentam situações complexas, nas quais o tratamento e as medidas de suporte avançado de vida não atingem os objetivos de evitar a morte, nem respeitam a vontade dos pacientes e seus familiares. É crítico que ocorra discussão com a equipe multidisciplinar, assim como com as especialidades envolvidas nos cuidados do paciente. Precisamos estar preparados para discutir com os pacientes e suas famílias as limitações da tecnologia para curar e também proporcionar cuidados de conforto. Muitos casos precisarão de cuidados paliativos fornecidos por uma equipe de suporte, além de orientação do comitê de ética do hospital. Os hospitais devem desenvolver protocolos para situações de conflito que envolvam as especialidades.

ABSTRACT

Some patients admitted to an intensive care unit may face a terminal illness situation, which usually leads to death. Knowledge of palliative care is strongly recommended for the health care providers who are taking care of these patients. In many situations, the patients should be evaluated daily as the introduction of further treatments may not be beneficial to them. The discussions among health team members that are related to prognosis and the goals of care should be carefully evaluated in collaboration with the patients and their families. The adoption of protocols related to end-of-life patients in the intensive care unit is fundamental. A multidisciplinary team is important for determining whether the withdrawal or

withholding of advanced care is required. In addition, patients and families should be informed that palliative care involves the best possible care for that specific situation, as well as respect for their wishes and the consideration of social and spiritual backgrounds. Thus, the aim of this review is to present palliative care as a reasonable option to support the intensive care unit team in assisting terminally ill patients. Updates regarding diet, mechanical ventilation, and dialysis in these patients will be presented. Additionally, the hospice-model philosophy as an alternative to the intensive care unit/hospital environment will be discussed.

Keywords: Advance care planning; Critical care; Hospice care; Life support care; Palliative care

REFERÊNCIAS

1. Kostakou E, Rovina N, Kyriakopoulou M, Koulouris NG, Koutsoukou A. Critically ill cancer patient in intensive care unit: issues that arise. *J Crit Care*. 2014;29(5):817-22.
2. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JC, et al. End of life and palliative care in intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(4):422-8.
3. Oliveira AB, Dias OM, Mello MM, Araújo S, Dragosavac D, Nucci A, et al. Factors associated with increased mortality and prolonged length of stay in an adult intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(3):250-6.
4. Writing Group for the Check-list-ICU Investigators and the Brazilian Research in Intensive Care Network (BRICNet), Cavalcanti AB, Bozza FA, Machado FR, Salluh JI, Campagnucci VP, Vendramim P, et al. Effect of a quality improvement intervention with daily round checklists, goal setting, and clinician prompting on mortality of critically ill patients: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;315(14):1480-90.
5. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med*. 2015;373(8):747-55.
6. Nelson JE, Cortez TB, Curtis JR, Lustbader DR, Mosenthal AC, Mulkerin C, Ray DE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Weissman DE, Puntillo KA; The IPAL-ICU Project™. Integrating palliative care in the ICU: the nurse in a leading role. *J Hosp Palliat Nurs*. 2011;13(2):89-94.
7. Dev R. Goals of care are important for older adults with severe illness and their families, and are infrequently addressed by health professionals. [Internet] *Evid Based Nurs*. 2015;18(4):126.
8. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2014;370(26):2506-14.
9. Searight HR, Gafford J. Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians. *Am Fam Physician*. 2005;71(3):515-22.
10. Scheunemann LP, McDevitt M, Carson SS, Hanson LC. Randomized, controlled trials of interventions to improve communication in intensive care: a systematic review. *Chest*. 2011;139(3):543-54.
11. Rothman DJ. Where we die. *N Engl J Med*. 2014;370(26):2457-60.
12. Soares M. End of life care in Brazil: the long and winding road. *Crit Care*. 2011;15(1):110.
13. The Joint Commission. Benefits of certification for palliative care. [Internet]. USA 2016 [consultado em 2016 Jun 3]. Available in: https://www.jointcommission.org/certification/palliative_care_program_benefits.aspx.
14. Clary PL, Lawson P. Pharmacologic pearls for end-of-life care. *Am Fam Physician*. 2009;79(12):1059-65.
15. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev Bioét*. 2013;21(3):463-76.
16. Costa Filho RC, Costa JL, Gutierrez FL, Mesquita AF. [How to implement quality in palliative care at intensive care unit]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(1):88-92. Portuguese.
17. Soares M, Terzi RG, Piva JP. [Thematic series: end-of-life care and the terminally ill patient at the intensive care unit]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(3):357-8. Portuguese.
18. Bitencourt AG, Dantas MP, Neves FB, Almeida AM, Melo RM, Albuquerque LC, et al. [Therapeutic limitation conducts in intensive care unit patients]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(2):137-43. Portuguese.
19. Fonseca AC, Mendes Junior WV, Fonseca MJ. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012;24(2):197-206.
20. Fumis RR, Deheinzelin D. Respiratory support withdrawal in intensive care units: families, physicians and nurses views on two hypothetical clinical scenarios. *Crit Care*. 2010;14(6):R235.
21. Santos MF, Bassitt DP. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(4):448-54.
22. Forte DN. Procedimentos sustentadores de vida em UTI. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2a ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 439-49.
23. You JJ, Dodek P, Lamontagne F, Downar J, Sinuff T, Jiang X, Day AG, Heyland DK; ACCEPT Study Team and the Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET). What really matters in end-of-life discussions? Perspectives of patients in hospital with serious illness and their families. *CMAJ*. 2014;186(18):E679-87.
24. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA*. 1995; 274(20):1591-8. Erratum in *JAMA* 1996;275(16):1232.
25. Anderson WG, Chase R, Pantilat SZ, Tulsy JA, Auerbach AD. Code status discussions between attending hospitalist physicians and medical patients at hospital admission. *J Gen Intern Med*. 2011;26(4):359-66.
26. Schwartz SJ. When should I consider palliative care in the Intensive care unit? In: Thompson DR, Kaufman D, editors. *Critical care ethics: a practice guide*. 3rd ed. Mount Prospect, IL: Society of Critical Care Medicine; 2014. p. 145-54.
27. Curtis JR, Vincent JL. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet*. 2010;376(9749):1347-53.
28. Soares M. [Caring for the families of terminally ill patients in the intensive care unit]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(4):481-4. Portuguese.
29. Campbell ML, Guzman JA. Impact of a proactive approach to improve end-of-life care in a medical ICU. *Chest*. 2003;123(1):266-71.
30. Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, Temkin-Greener H, Buckley MJ, Quill TE. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med*. 2007;35(6):1530-5.
31. DeLisser HM. How I conduct the family meeting to discuss the limitation of life-sustaining interventions: a recipe for success. *Blood*. 2010;116(10):1648-54.
32. Cook D, Rocker G, Marshall J, Sjøkvist P, Dodek P, Griffith L, Freitag A, Varon J, Bradley C, Levy M, Finfer S, Hamielec C, McMullin J, Weaver B, Walter S, Guyatt G; Level of Care Study Investigators and the Canadian Critical Care Trials Group. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2003;349(12):1123-32.
33. Hough CL, Caldwell ES, Cox CE, Douglas IS, Kahn JM, White DB, Seeley EJ, Bangdiwala SI, Rubenfeld GD, Angus DC, Carson SS; ProVent Investigators and the National Heart Lung and Blood Institute's Acute Respiratory Distress Syndrome Network. Development and validation of a mortality prediction model for patients receiving 14 days of mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 2015;43(11):2339-45.
34. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*. 2014;17(6):642-56.
35. Ernecoff NC, Curlin FA, Buddadhumaruk P, White DB. Health care professionals' responses to religious or spiritual statements by surrogate decision makers during goals-of-care discussions. *JAMA Intern Med*. 2015;175(10):1662-9.
36. El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012;6(2):269-74.
37. National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for quality palliative care*. 3rd ed. Pittsburgh, PA: National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2013. [Internet]. 2016. [cited 2016 April 14]. Available in: http://www.nationalconsensusproject.org/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf

38. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, Davidson JE, Devlin JW, Kress JP, Joffe AM, Coursin DB, Herr DL, Tung A, Robinson BR, Fontaine DK, Ramsay MA, Riker RR, Sessler CN, Pun B, Skrobik Y, Jaeschke R; American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2013;41(11):263-306.
39. Puntillo K, Nelson JE, Weissman D, Curtis R, Weiss S, Frontera J, Gabriel M, Hays R, Lustbader D, Mosenthal A, Mulkerin C, Ray D, Bassett R, Boss R, Brasel K, Campbell M; Advisory Board of the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Project. Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst--a report from the IPAL-ICU Advisory Board. *Intensive Care Med*. 2014;40(2):235-48.
40. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, Levy M, Mularski RA, Osborne ML, Prendergast TJ, Rocker G, Sibbald WJ, Wilfond B, Yankaskas JR; ATS End-of-Life Care Task Force. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;177(8):912-27.
41. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Palliative care. [Internet]. [cited 2016 June 15]. Available in: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp
42. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE Jr, Cross JT Jr, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians, et al. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2008;148(2):141-6.
43. Campbell ML, Yarandi H, Dove-Medows E. Oxygen is nonbeneficial for most patients who are near death. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(3):517-23.
44. Del Rio MI, Shand B, Bonati P, Palma A, Maldonado A, Taboada P, et al. 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;21(9):913-21.
45. Society of Critical Care Medicine. Life support choices. Understanding life support measures. [Internet] [cited 2016 May 16]. Available in: <http://www.mycicare.org/Adult-Support/Pages/Life-Support-Choices.aspx>
46. Toevs CC. Why are food and hydration giving by "artificial means" considered to be something that can be withdrawn? In: Thompson DR, Kaufman D, editors. *Critical care ethics: a practice guide*. 3rd ed. Mount Prospect, IL: Society of Critical Care Medicine; 2014. p. 47-50.
47. Carvalho RT, Taquemori LY. Nutrição em cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2a ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 483-99.
48. Taylor BE, McClave SA, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, McCarthy MS, Davanos E, Rice TW, Cresci GA, Gervasio JM, Sacks GS, Roberts PR, Compher C; Society of Critical Care Medicine.; American Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *Crit Care Med*. 2016;44(2):390-438.
49. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Dos Santos DR. Brazilian chronic dialysis survey 2013 - trend analysis between 2011 and 2013. *J Bras Nefrol*. 2014;36(4):476-81.
50. Rinehart A. Beyond the futility argument: the fair process approach and time-limited trials for managing dialysis conflict. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2013;8(11):2000-6.
51. Song MK, Hanson LC. Relationships between psychosocial-spiritual well-being and end-of-life preferences and values in African American dialysis patients. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(3):372-80.
52. Schell JO, Green JA, Tulsy JA, Arnold RM. Communication skills training for dialysis decision-making and end-of-life care in nephrology. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2013;8(4):675-80.
53. Combs SA, Davison SN. Palliative and end-of-life care issues in chronic kidney disease. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(1):14-9.
54. Patel SS, Holley JL. Withholding and withdrawing dialysis in the intensive care unit: benefits derived from consulting the renal physicians association/american society of nephrology clinical practice guideline, shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008;3(2):587-93.
55. Moss AH. Revised dialysis clinical practice guideline promotes more informed decision-making. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5(12):2380-3.
56. Moss AH, Ganjoo J, Sharma S, Gansor J, Senft S, Weaner B, et al. Utility of the "surprise" question to identify dialysis patients with high mortality. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008;3(5):1379-84.
57. Toevs CC. What are the ethical issues in renal replacement therapy? In: Thompson DR, Kaufman D, editors. *Critical care ethics: a practice guide*. 3rd ed. Mount Prospect, IL: Society of Critical Care Medicine; 2014. p. 279-82.
58. Davison SN, Levin A, Moss AH, Jha V, Brown EA, Brennan F, Murtagh FE, Naicker S, Germain MJ, O'Donoghue DJ, Morton RL, Obrador GT; Kidney Disease: Improving Global Outcomes. Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care. *Kidney Int*. 2015;88(3):447-59.
59. Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis. Clinical Practice Guideline 2nd ed. Rockville, Maryland: Renal Physicians Association; 2010. [Internet] [cited 2016 Jun 3]. Available in: <https://www.renaldm.org/catalogue-item.aspx?id=682>
60. Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. *JAMA*. 2000;283(8):1065-7.
61. Moritz RD, Deicas A, Rossini JP, Silva NB, Lago PM, Machado FO. Perceptions about end of life treatment in Argentina, Brazil and Uruguay intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(2):125-32.
62. Von Gunten C, Weissman DE. Symptom control for ventilator withdrawal in the dying patient. *J Palliat Med*. 2003;6(5):774-5.
63. McWilliams K, Keeley PW, Waterhouse ET. Propofol for terminal sedation in palliative care: a systematic review. *J Palliat Med*. 2010;13(1):73-6.
64. 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):1368-74.
65. National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO's Facts and Figures. *Hospice Care in America*. 2014 Edition. [Internet] [cited 2016 June 14]. Available in: https://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2014_Facts_Figures.pdf