

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

ISABELA RODRIGUES DE OLIVEIRA

**A ATUAÇÃO MÉDICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS
DE PACIENTES TERMINAIS INTERNADOS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Paracatu

2022

ISABELA RODRIGUES DE OLIVEIRA

**A ATUAÇÃO MÉDICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES
TERMINAIS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada ao curso de Medicina do Centro Universitário Atenas como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Clínica Médica.

Área de Concentração: Clínica Médica

Orientador: Ma. Dayane Quintino
Vasconcelos

Paracatu

2022

O48a Oliveira, Isabela Rodrigues de.

A atuação médica nos cuidados paliativos de pacientes terminais internados em unidade de terapia intensiva. / Isabela Rodrigues de Oliveira. – Paracatu: [s.n.], 2022.

27 f.: il.

Orientador: Prof^ª. Msc. Dayane Quintino Vasconcelos.

Trabalho de conclusão de curso (residência médica)

UniAtenas.

1. Cuidados paliativos. 2. Paciente terminal. 3. Terapia intensiva. 4. Palição. I. Oliveira, Isabela Rodrigues de. II. UniAtenas. III. Título.

CDU: 61

ISABELA RODRIGUES DE OLIVEIRA

**A ATUAÇÃO MÉDICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES
TERMINAIS INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada ao curso de
Medicina do Centro Universitário Atenas
como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em
Clínica Médica.

Área de concentração: Clínica Médica

Orientadora: Prof^a Ma. Dayane Quintino
Vasconcelos

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, _____ de _____ de _____.

Prof.(a) Ma. Dayane Quintino Vasconcelos
Centro Universitário Atenas

Prof.(a) Flávia Rabelo Guimarães
Centro Universitário Atenas

Prof. Bruna K. Carvalho
Centro Universitário Atenas

RESUMO

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

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Paciente Terminal. Terapia Intensiva. Palição.

ABSTRACT

Palliative care is not new to medical practice. In the intensive environment, such care is routinely ignored or poorly implemented. The physician in intensive care must be prepared to face practical, ethical and cultural dilemmas. It must be able to indicate the interruption of treatments and be able to pass on clear and accurate information to patients and families, thus reducing the stress that the environment itself generates. The professional must also be able to indicate palliative extubation, interruption of dialysis and also to manage the main symptoms presented by terminal patients, such as pain, dyspnea and nausea and vomiting. However, what is perceived is that most professionals are not able to perform palliative care in the intensive environment. In this sense, this study seeks to discuss palliative practices in the care of terminally ill patients hospitalized in the Intensive Care Unit, based on evidence and experiences from large centers.

Keywords: Palliative care. Terminal patient. Intensive therapy. Palliation.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Elementos necessários para uma comunicação eficiente	14
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	9
1.2 OBJETIVOS	9
1.2.1 Objetivo geral	9
1.2.2 Objetivos específicos	9
1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	9
1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO	10
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	11
2 COMUNICAÇÃO MÉDICA NO AMBIENTE DE UTI	12
3 EXTUBAÇÃO PALIATIVA	15
4 INTERRUÇÃO PALIATIVA DA DIÁLISE	17
5 MANEJO DOS SINTOMAS EM PACIENTES TERMINAIS	18
5.1 DOR	18
5.2 DISPNEIA	19
5.3 NÁUSEAS E VÔMITOS	20
5.4 LUTO E DEPRESSÃO	21
6 OUTROS CUIDADOS COM O PACIENTE TERMINAL	22
6.1 NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	22
6.2 ESPIRITUALIDADE	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

A década de 1960 trouxe uma evolução importante para os cuidados em saúde. A preocupação com pacientes oncológicos que morriam em sofrimento e em lares de caridade com condições precárias, levou profissionais de saúde a perceberem a existência de uma grande lacuna dos serviços de saúde no cuidado dirigido a pacientes terminais. Havia, entre vários aspectos deficitários, entraves na comunicação, no atendimento adequado aos pacientes e aspectos psicossociais da saúde que eram ignorados (SAUNDERS, 2001).

Os cuidados paliativos surgem nesse contexto como uma busca de garantir dignidade aos pacientes terminais. A palavra paliativo, que advém do termo latino pallium que significa camuflar, traduz a busca por aliviar sintomas quando a condição de adoecimento já não pode ser curada. É uma busca por cuidar da pessoa e emponderá-la em seu próprio cuidado, enquanto a morte se aproxima. Visa maximizar a qualidade de vida através do controle de sintomas, apoio psicológico e espiritual, garantindo que o paciente tenha autonomia no momento mais difícil da vida humana (MERINO, 2018).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora não só a qualidade de vida do paciente, como também dos seus familiares, quando enfrenta problemas associados a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção, do alívio do sofrimento, da identificação precoce e avaliação apurada do tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (OMS, 2018).

Embora o conceito de cuidados paliativos seja bastante adotado, há grandes barreiras na implementação dessa assistência. Os cuidados paliativos, atualmente, não fazem parte do atendimento clínico de rotina e há limitações na compreensão de quais as maneiras de se efetivar esse cuidado essencial (MERINO, 2018).

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) representam um local de assistência com alta mortalidade, que variam de 20% a 35%, a depender da região geográfica, e com aumento das internações nos últimos anos. Na ausência de resposta a tratamento e objetivos de cuidado, torna-se essencial que as UTIs tenham suporte adequado para garantir uma morte digna. Contudo, o que se observa é a falta de compreensão da maioria dos profissionais sobre a

suspensão/retirada de intervenções e sobre os suportes que devem ser oferecidos no final da vida (MERCADANTE; GREGORETTI; CORTEGIANI, 2018).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Garantir uma morte digna e alívio dos sintomas diante de doenças que não respondem aos tratamentos clínicos representam um grande desafio, neste sentido, este estudo indaga qual o papel do médico na Unidade de Terapia Intensiva, na garantia dos cuidados paliativos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Revisar na literatura médica sobre os cuidados paliativos que devem ser adotados com pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva, evidenciando as diretrizes atuais de cuidado e limitações no cuidado adotado.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) levantar os aspectos comunicacionais do cuidado com o paciente terminal;
- b) identificar os fatores que contribuem para a redução do sofrimento do paciente terminal;
- c) expor as diretrizes para o manejo de dor e principais sintomas do paciente terminal;
- d) identificar as principais evidências em favor do cuidado paliativo a pacientes terminais.

1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

No cenário atual das UTIs, observa-se que grande parte dos pacientes com alto risco de morte apresentam sintomas angustiantes, já os familiares, por sua vez, alto nível de sofrimento com os sintomas, apresentando depressão, estresse

traumático, ansiedade e outros sintomas (MERCADANTE; GREGORETTI; CORTEGIANI, 2018).

Esse cenário deixa clara a necessidade de se estabelecer cuidados paliativos com brevidades, para antecipar-se aos sofrimentos e garantir a redução de sofrimentos desnecessários (MERCADANTE; GREGORETTI; CORTEGIANI, 2018).

Por outro lado, diferentes profissionais reconheçam a necessidade desse cuidado nas últimas fases da vida, também reconhecem que há falta de padronização e capacitação nessa área, tornando deficitária a implementação dos cuidados paliativos em sua totalidade (GULINI et al., 2017).

Desta forma, essa pesquisa torna-se essencial ao investigar a literatura na busca de padronização e orientação sobre os cuidados paliativos a serem adotados no ambiente intensivo.

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, metodologia de investigação definida por Gil (2008) como a busca por material elaborado e chancelado por pares, como livros e artigos científicos. Caracteriza-se, ainda, por uma pesquisa que busca garantir uma visão ampla dos fenômenos que a investigação direta não pode trazer todos os aspectos. Complementarmente, Mancini e Sampaio (2006), compreendem como um estudo que realiza análise e síntese das informações relevantes ao tema do estudo, sendo a sua função resumir os conhecimentos existentes sobre um problema de pesquisa.

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

Estabeleceu-se como critérios de inclusão artigos originais, revisionais e relatos de experiência, redigidos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, publicados entre 2011 e 2021, disponíveis integralmente de forma online, relevantes ao tema buscado. Excluíram-se relatos de caso, editoriais, resumos publicados em

anais, artigos redigidos em línguas ou em datas estranhas ao estabelecido nos critérios de inclusão.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho apresenta seis capítulos. No primeiro, aborda-se os desafios de comunicação no ambiente intensivo e elementos que devem estar presentes para uma comunicação efetiva.

O capítulo segundo aborda a extubação paliativa, discutindo quais os cuidados devem ser adotados para essa prática. No mesmo sentido, o terceiro capítulo aborda a interrupção paliativa da diálise e quando não iniciar essa medida de suporte.

O quarto capítulo analisa os principais sintomas apresentados por pacientes terminais e como manejá-los, garantindo conforto e dignidade.

O quinto capítulo abordar aspectos gerais sobre a nutrição e hidratação artificial. Também discute sobre a espiritualidade no ambiente de UTI.

As considerações finais tercem análises a partir do que foi apresentado e traz sugestões para a melhoria do cuidado atualmente prestado.

2 COMUNICAÇÃO MÉDICA NO AMBIENTE DE UTI

O ambiente de UTI envolve diversas incertezas e questões éticas, motivo pelo qual a comunicação sofre barreiras dentro da própria equipe, da equipe com os pacientes e com os familiares. O médico no ambiente da UTI tem que lidar com a imprevisibilidade dos resultados, o que afeta as decisões, aumenta o estresse envolvido e os dilemas éticos, como o dilema de quando suspender tratamentos que dão sustentação a vida, que deve envolver familiares e que portanto, uma boa comunicação (GRANT, 2015; MERCADANTE; GREGORETTI; CORTEGIANI, 2018).

No panorama atual, observa-se que o ambiente de UTI representa um local de conflito, causando animosidade, desconfianças e comunicação deficitária. Os conflitos estão relacionados a desentendimentos sobre prognóstico e também sobre planos de tratamento, ocorrendo quase sempre, dentro da própria equipe, transmitindo insegurança ao paciente e aos familiares (GRANT, 2015; MERCADANTE; GREGORETTI; CORTEGIANI, 2018).

Corrêa, Castanhel e Grosseman (2021) realizaram um estudo transversal com 103 pacientes internados em UTI buscando aferir a qualidade da comunicação. Os pacientes relataram entre as falhas de comunicação a pouca quantidade de informações repassadas, embora houvesse o desejo de saber mais, também comunicaram a necessidade de maior sensibilidade dos médicos, confiança no relato de dor e desconforto e sentiram necessidade de maior tempo de atenção. Embora na escala a comunicação geral tenha sido boa, a comunicação de fim de vida foi considerada ruim pelos pacientes. Mesmo os que consideraram boa, nesse estudo, apontaram necessidade de maior tempo disponível para esclarecimento sobre a condição clínica, tratamento e prognóstico da condição clínica.

É apontado que fornecer informações frequentes sobre o diagnóstico, tempo de internação, falar sobre os aspectos comuns da vida cotidiana e instigar o desejo de retorno à vida normal, assim com abordar a espiritualidade e o compartilhamento de decisões são elementos da comunicação que causam maior conforto ao paciente no cuidado intensivo (CORRÊA; CASTANHEL; GROSSEMAN, 2021).

No ambiente de UTI, também é preciso se atentar aos pacientes inconscientes e sedados que não podem emitir opinião. A comunicação com a

família é um grande desafio e fonte de diversos conflitos, que surgem, principalmente, quando a família não concorda com condutas da equipe, quando se sentem alijados do processo de decisão ou quando a equipe discorda de condutas que a família deseja que sejam adotadas. Por isso, é preciso nesse processo, garantir acesso a informação clara, direta e honesta sobre o risco e benefício de tratamentos e prognóstico. São apontadas como dificuldades de comunicação o uso de jargões médicos, falta de treinamento de equipes em comunicação, a rotação de profissionais com diferentes habilidades de comunicação (ORNELLA; CERSOSIMO, 2015; MARIANA, 2018).

Mathew et al. (2015) evidenciaram como a comunicação atual é ineficiente e problemática. No estudo que envolveu 75 familiares de pacientes em uma UTI neurocirúrgica, observaram que mais de 70% dos familiares avaliados não compreenderam, em algum momento, o diagnóstico, prognóstico ou tratamento. Menos de 30% dos pacientes compreenderam os três itens avaliados. A compreensão foi menor entre os pacientes idosos e com pior prognóstico. Esse estudo traz como problemática a incapacidade de um familiar que não compreende as informações determinar o que é melhor para o paciente.

Entre as causas de comunicação deficitária estão a inadequada formação dos médicos em habilidades comunicacionais, a complexidade dos ambientes de UTI, o alto tempo em que os médicos passam dentro do ambiente de UTI, utilizando linguagem própria e interagindo com equipamentos tecnológicos, como ventiladores mecânicos e monitores de sinais vitais (ORNELLA; CERSOSIMO, 2015).

Para a comunicação eficaz, aponta-se que:

O médico deve partir dos tópicos que são relevantes para cada família e estar consciente de que a ideia dos familiares sobre a doença e as perspectivas podem ser muito diferentes das suas. O médico também tem que receber informações e entender as novidades sobre as expectativas do paciente, coisas que as famílias provavelmente conhecem melhor. Os médicos têm o dever de verificar se a troca de informações ocorreu e se foi dada e recebida corretamente, principalmente quando decisões delicadas e irreversíveis devem ser tomadas com base nessa mesma troca (ORNELLA; CERSOSIMO, 2015, p. 382; tradução nossa).

Ainda é apontado que para comunicação eficaz é necessário o feedback. Isto é, indagar a família e o paciente sobre a informação que receberam. O que

compreenderam e quais as dúvidas que restaram sobre a condição do paciente (MARIANA, 2015; ORNELLA; CERSOSIMO, 2015).

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

Quadro 1. Elementos necessários para uma comunicação eficiente

Comunicação eficiente no ambiente de UTI

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

Fonte: BRIGGS, 2017.

Briggs (2017) apontam que é necessário esclarecer aos familiares a razão pela qual o paciente foi internado na UTI e a evolução desde então, os problemas médicos agudos, tratamentos dados e que se pretende dar, o que o médico acredita que possa ocorrer, quais as opções de tratamento disponíveis e decisões que precisam ser tomadas. Deve-se igualmente buscar esclarecer familiares sobre suas preocupações e medos, se há alguma diretriz antecipada de vontade ou vontade verbalmente expressa pelo paciente. Ao fim de qualquer conversa, faz-se necessário averiguar se as dúvidas foram respondidas, pedindo aos familiares que resumam as informações recebidas.

Por sua vez, Coelho e Yankaskas (2017) apontam que é necessário identificar os membros da equipe, sua responsabilidade, e também os membros da família, identificando quem se responsabilizará pelas decisões, estabelecer horários

regulares de encontros, analisar e identificar as preferências do paciente e os principais problemas, avaliar expectativas e planejar as reuniões.

3 EXTUBAÇÃO PALIATIVA

A extubação paliativa consiste em uma etapa do cuidado de pacientes cujo estado terminal tenha sido estabelecido. É uma medida que visa garantir o conforto do paciente, alívio do sofrimento e evitar o prolongamento desnecessário da vida. É uma etapa na qual se deve buscar garantir o melhor conforto do paciente, sendo necessária uma comunicação efetiva para dissipar a sensação de abandono que pode ser enfrentado pelos pacientes e seus familiares (CARDOSO, 2020).

Faz-se necessário que a família receba informações suficientes sobre os riscos e os benefícios. Informações inadequadas e incompletas podem ser causadoras de resistência e provocar ansiedade e depressão nos familiares. Além disso, um diálogo inadequado pode levar ao desenvolvimento do sentimento de culpa em relação a morte do ente querido. Outrossim, é necessário garantir apoio psicológico aos familiares e assegurar que possam realizar rituais sociais e de despedida (NATIVIDADE et al., 2021).

Esse procedimento apresenta como riscos a possibilidade de causar dispneia, ansiedade e desconforto no paciente (COELHO; YANKASKAS, 2017). Os benefícios incluem a melhor comunicação entre o paciente e a família, uma sensação superior de conforto, compaixão e sensibilidade e menos sintomas de depressão entre os familiares (PEIXOTO et al., 2020).

Ressalta-se, porém, que a despeito dos benefícios, os profissionais de UTI, mesmo aqueles que adotem uma abordagem paliativista, ainda apresentam resistência a extubação paliativa, relacionando a retirada de ventilação mecânica ao conceito de eutanásia. Só consideram como legítima a ventilação mecânica ao paciente dispneico (REBELATTO, 2015).

Para a realização desse procedimento adequadamente, deve-se garantir que todas as ações busquem dignidade e benefício ao paciente, revisar com o paciente detalhadamente os procedimentos a serem adotados, ainda se deve garantir maior flexibilidade das visitas de familiares aos pacientes, descontinuar

monitoramentos, tratamentos e medicamentos não necessários, assegurar que haja alívio da dor e se mantenha a calma do paciente (COELHO; YANKASKAS, 2017).

São procedimentos práticos para extubação paliativa:

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 (...), pode-se administrar uma dose de opioide em bolus e um benzodiazepínico (COELHO; YANKASKAS, 2017, p. 227).

Entre as medicações disponíveis para o controle de sintomas da extubação paliativa, estão a morfina com midazolam (bolus de 2 a 10 mg de morfina, com 1 a 2 mg de midazolam, com manutenção de morfina a 50% da dose do bolus/h e 1 mg de midazolam/hora) ou propofol, preferível para paciente desperto com desconforto respiratório acentuado, na dose de 20 a 50 mg em bolus e manutenção de 10 a 100 mg/h (COELHO; YANKASKAS, 2017).

Durante o processo de extubação, é esperado que a família indague sobre a possibilidade e tempo de sobrevivência dos pacientes, sendo um elemento investigado em diversos estudos. Um estudo com 148 pacientes submetidos ao procedimento, com idade média de 78 anos, acompanhados até a morte ou alta, teve como taxa de mortalidade de 77%, com tempo médio até a morte de 8,9 horas, variando entre 4 minutos até 7 dias. Cerca de metade dos pacientes morreram em 24 horas (PAN et al., 2016). Outro levantamento que dividiu os pacientes em três

grupos: A – pacientes oncológicos terminais, B – pacientes com parada cardíaca extra-hospitalar e C – pacientes com falência orgânica não oncológica, observou-se que o tempo até a morte foi, respectivamente, de 97 horas, 0,3 horas e 6,1 horas (KOK, 2015).

Uma coorte com 322 pacientes, dos quais 159 pacientes foram paliativamente retirados da ventilação mecânica, o tempo médio entre a extubação e a morte foi de 0,9 horas, com intervalo de 0 a 165 horas, sendo o tempo inferior para pacientes em uso de vasopressores, dialisados e com altas configurações de ventilação (HUYNH et al., 2013).

4 INTERRUPTÃO PALIATIVA DA DIÁLISE

A presença de insuficiência renal no ambiente intensivo é comum. Estima-se que a incidência de lesão renal aguda no ambiente crítico seja entre 20% a 50%, com tendências de crescimento (JAMES et al., 2013). Um levantamento amplo de base populacional demonstrou que entre 1996 e 2010, no Canadá, a incidência de lesão renal aguda com necessidade de diálise em pacientes críticos passou de 0,8% para 3,0% (WALD et al., 2015).

Um dos aspectos discutidos no cuidado paliativo ao paciente crítico é a diálise, seja a sua introdução ou sua manutenção. No manejo da diálise, é importante garantir ao paciente uma abordagem que foque em seu conforto e esteja aliada às suas preferências, visto que se trata de um tratamento associado a alta prevalência de sintomas debilitantes, associados a causas multifatoriais como a uremia. Deve-se haver discussão de metas, prognósticos e incentivar a comunicação entre familiares e o paciente (GRUBBS et al., 2014).

Ademais, é necessário se ter em conta que a diálise nem sempre representa um benefício para o paciente – tema que parece ainda representar um tabu. Pacientes com mais de 75 anos, com comorbidades ou doença cardíaca isquêmica e resposta ruim ao tratamento instituído, não apresentam melhor sobrevida ao se instituir um regime de diálise, pelo contrário, têm exacerbados sintomas de sofrimento (COMBS; DAVISON, 2015; DOUGLAS, 2014).

Não há, contudo, apesar de vários estudos recentes sobre cuidados paliativos, diretrizes claras sobre em qual paciente deve-se deixar de fazer ou se

retirar a diálise. Coelho e Yankaskas (2017), recomendam que não se realize ou se suspenda em pacientes com capacidade decisória mantida, plenamente informados, que assim decidam, pacientes que previamente indicaram recusa oral ou escrita ou que assim manifestou seu representante legal e pacientes com comprometimento neurológico irreversível e profundo, pacientes com lesão renal aguda, doença renal crônica ou doença renal terminal com prognóstico muito reservado. Recomendam ainda que se discuta esse procedimento para pacientes com mais 75 anos, estágio 5 de comprometimento renal que tenham alta probabilidade de morte em 6 meses, elevado coeficiente de comorbidade, funcionalidade significativamente comprometida e estado de desnutrição grave.

Faz-se necessário ainda se alertar que pacientes com doença renal terminal podem experimentar dor com grande frequência, secreção respiratória, ansiedade, confusão mental, dispneia e náusea, sendo necessário o adequado manejo desses sintomas. Atualmente, todavia, esses sintomas, no geral, são inadequadamente manejados pelos serviços de saúde (AXELSSON et al., 2018).

5 MANEJO DOS SINTOMAS EM PACIENTES TERMINAIS

É esperado que o paciente terminal enfrente diversos sintomas e desconforto relacionados a própria doença como ao ambiente em que é acondicionado e o impacto de se saber terminar. Entre os sintomas, a dor é o sintoma mais frequentemente relatado, seguido por dispneia, agitação e náuseas (KOBOWKA et al., 2017). Também são esperados sintomas psicológicos e psiquiátricos, como sintomas de delirium e ideação suicida. Os familiares também são expostos a esses sintomas, apresentando insônia e humor deprimido (KOBAYAKAWA et al., 2017).

5.1 DOR

Dentro do cuidado paliativo, sintomas que causem desconforto precisam ser controlados, principalmente a dor. Atualmente, tem-se que a dor deve ser manejada de forma contínua, com analgésicos de ação rápida e sustentada. Deve-se manter um nível consistente de medicação durante o dia. A morfina é

considerada uma das opções preferenciais no tratamento de pacientes em cuidados paliativos. É um medicamento mais barato e disponível por várias vias de administração. Opióides considerados fracos, como codeína, tramadol e meperidina, não são recomendados. O fentanil pode ser utilizado para dores muito intensas. De forma adjuvante, podem-se empregados os anti-inflamatórios não esteroides e também os corticosteroides. Também a gabapentina pode ser empregada para pacientes que apresentam dores neuropáticas (HENSON et al., 2020; LOWEY et al., 2020).

Um estudo mostrou que cerca de 35% dos pacientes não recebem manejo adequado da dor e cerca de 45% sentem necessidade de aumento da dose de analgésicos ou tratamento adicional, demonstrando que ainda há falhas nesse manejo (MALLAH et al., 2019).

5.2 DISPNEIA

Várias condições clínicas do paciente terminal podem desencadear quadro de dispneia, muitas vezes pouco compreendida e até mesmo ignorado pelo clínico. A palição desse sintoma ainda é pouco discutida e realizada, geralmente, de forma ineficaz (COELHO; YANKASKAS, 2017; PISANI et al., 2018).

Várias medicações podem ser empregadas no alívio desse sintoma. Os opioides podem ser empregados no alívio da dispneia. Por atuarem em receptores centrais da região posterior direita do giro cingulado, agem deprimindo o impulso respiratório espontâneo e modulando a atividade cortical. Além disso, doses baixas não aumentam risco de óbito ou admissão em hospital. Uma forma de emprego é se utilizar 1 a 2 mg de morfina EV, a cada 15 minutos, até que se obtenha o efeito desejável, ou mais rapidamente para dispneias graves. O sintoma deve ser controlável sem que os efeitos adversos da medicação sejam intoleráveis (COELHO; YANKASKAS, 2017; PISANI et al., 2018; SHEREVES; PARA, 2018).

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

uma segunda ou terceira linha de tratamento (PISANI et al., 2018; SHEREVES; PARA, 2018).

Além das medicações supracitadas. Os corticoides são empregados na busca de se reduzir a inflamação e edema de vias aéreas, embora seja controverso sua capacidade de alcançar um tratamento paliativo desejado. Os diuréticos de alça EV são empregados para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva e pacientes com vasos linfáticos torácicos obstruídos. Também é adotada a oxigenoterapia, mesmo que seus efeitos no alívio da dispneia ainda sejam controversos. Acredita-se que possa estimular receptores de via aérea superior e reduzir o impulso respiratório, além de reduzir a hipoxemia, ácido láctico sérico e a pressão da artéria pulmonar. Por fim, a ventilação não invasiva pode ser adotada para pacientes que estejam taquipneicos, com uso de musculatura acessória e experimentando descontrole da dispneia ainda que submetido a outras medidas terapêuticas (COELHO; YANKASKAS, 2017; PISANI et al., 2018; SHEREVES; PARA, 2018).

Também é preciso considerar tratamentos não farmacológicos, como técnicas de posicionamento e respiração, auxílio de mobilidade e fortalecimento muscular, que normalmente são negligenciadas (HENSON et al., 2020).

5.3 NÁUSEAS E VÔMITOS

Náuseas e vômitos são percebidos pela grande maioria de pacientes em estado terminal, são derivados tanto da doença, como também podem ser resultado dos efeitos adversos de medicações utilizadas, como opioides. A origem, normalmente, é multifatorial (GLARE et al., 2011; LEACH, 2019).

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

benzodiazepínicos são indicados. No caso de hipertensão intracraniana ou edema cerebral, a dexametasona é recomendada (GLARE et al., 2011; HENSON et al., 2020; LEACH, 2019).

A levomepromazina é apontada como uma terapia de segunda ou terceira linha para vômitos refratários. Essa medicação, de caráter analgésico, deve, entretanto, ser utilizada de forma cuidadosa, devido ao efeito sedativo e grande potencial de causar hipotensão postural (GLARE et al., 2011; LEACH, 2019).

Cabe ressaltar que há limitados estudos sobre o manejo de náuseas e vômitos em pacientes paliativos e as evidências para alguns medicamentos, como o haloperidol, são consideradas fracas (MURRAY-BROWN; DORMAN, 2015; LEACH, 2019).

5.4 LUTO E DEPRESSÃO

O diagnóstico de terminalidade é traumático, levando ao paciente a experimentar algum tipo de perda, como perda de saúde, patrimônio, autoimagem e senso de controle, levando ao desenvolvimento de luto, uma resposta adaptativa ao diagnóstico, esperada e natural, e depressão, que se diferencia do primeiro por pode piorar sintomas físicos, como a dor, interferir no relacionamento entre o paciente e seus familiares e causar sofrimento em acompanhantes (WIDEIRA; BLOCK, 2012).

Ao paciente com luto deve ser oferecido suporte. Deve-se incentivar o paciente a buscar apoio externo, como familiares, amigos e até comunidades religiosas. Deve-se exercer escuta ativa e facilitar a comunicação do paciente com os seus familiares (WIDEIRA; BLOCK, 2012).

A depressão, por sua vez, erroneamente encarada como um sintoma universal, mas que na verdade se manifesta por humor deprimido juntamente a distúrbio do sono, sentimento de culpa ou inutilidade, anedonia, perda de concentração, dificuldade de tomada de decisão, agitação ou retardo psicomotor, ideação suicida, devem ser prontamente identificadas e tratadas. Pode-se adotar, nesses pacientes, diferentes estratégias a depender do prognóstico e do perfil de eventos adversos e custos de cada medicação. Os psicoestimulantes apresentam-se como boa opção, visto que reduzem os sintomas em poucos dias, sendo, portanto, mais adequados aos pacientes cujo prognóstico seja restrito a dias ou semanas (WIDEIRA; BLOCK, 2012).

6 OUTROS CUIDADOS COM O PACIENTE TERMINAL

6.1 NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO

Hidratação e nutrição artificiais precisam se encaradas como intervenções médicas e que, portanto, podem causar desconforto ao paciente sem em contrapartida, melhorar o prognóstico do paciente. Entre os efeitos dessa terapia há náuseas e risco aumentado de aspiração (DEV; DALAL; BRUERA, 2012; VALENTINI et al., 2014).

Um estudo com médicos e enfermeiros italianos demonstrou a dificuldade de encarar essas intervenções a partir de evidências. As questões culturais, éticas e psicológicas foram um ponto de grande amparo na tomada de decisão sobre essa terapia, de forma que somente 25% dos participantes desse estudo seguiram as recomendações de não adotar hidratação e nutrição artificial em pacientes terminais com demência avançada (VALENTINI et al., 2014).

Por outro lado, a família do paciente dificulta também essa percepção. Ao perceberem redução da ingesta oral, perda ponderal ou manifestação de astenia, os familiares, o paciente e os profissionais da saúde tendem a apresentarem grande ansiedade com o quadro. Essa é também apontada como uma causa, juntamente a falta de informação, da adoção dessas medidas equivocadas (DEL RIO et al., 2011)

Dentro do cuidado paliativo, portanto, é preciso salientar aos familiares e ao paciente que a maioria dos pacientes terminais não apresentam benefício com essa medida. Não obstante, é preciso se ter em conta que a interrupção pode causar sofrimento aos familiares e ao próprio paciente, portanto é uma decisão delicada e que vai depender de fatores além das evidências (DEV; DALAL; BRUERA, 2012).

6.2 ESPIRITUALIDADE

Tradicionalmente, o ambiente intensivo suprime as expressões de espiritualidade, isto é a expressão de significado, propósito e conexão, do paciente e dos seus familiares. Contudo, a maior parte dos pacientes e seus familiares tendem a encarar a morte como uma transição ou uma jornada espiritual, de forma que o

apoio espiritual, ainda que no ambiente intensivo, deve ser um dos domínios da assistência em UTI (SWINTON et al., 2017).

Tanto familiares quanto pacientes sentem necessidade de terem seus valores e crenças respeitados e incorporados na discussão e no processo de tomada de decisão. Beneficiam-se ainda com a indagação de desejos, reconhecimento da história de vida e reconexão (SWINTON et al., 2017).

A participação de cuidadores espirituais também parece se mostrar benéfica quando envolve práticas de discutir necessidades espirituais e religiosas, sentimentos familiares, valores dos pacientes e memórias sobre a vida do paciente. Quanto maior o número de atividades realizadas, maior a satisfação que familiares obtém em relação ao atendimento intensivo (JOHNSON et al., 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

- AXELSSON, L. et al. **Unmet Palliative Care Needs Among Patients With End-Stage Kidney Disease: A National Registry Study About the Last Week of Life.** J Pain Symptom Manage., v. 55, n. 2, p. 236-44, 2018.
- BRIGGS, D. **Improving communication with families in the intensive care unit.** Nurs Stand., v. 32, n. 2, p. 41-8, 2017.
- CARDOSO, M. N. **Extubação paliativa: revisão da literatura.** 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) – Universidade Santo Amaro, São Paulo, 2020.
- CASE, J. et al. **Epidemiology of acute kidney injury in the intensive care unit.** Crit Care Res Pract., v. 2013, p. 479730, 2013.
- COELHO, C. B. T.; YANKASKAS, J. R. **New concepts in palliative care in the intensive care unit.** Rev Bras Ter Intensiva., v. 29, n. 2, p. 222-30, 2017.
- COMBS, S. A.; DAVISON, S. N. **Palliative and end-of-life care issues in chronic kidney disease.** Curr Opin Support Palliat Care., v. 9, n. 1, p. 14-9, 2015.
- CORRÊA, M.; CASTANHEL, F. D.; GROSSEMAN, S. **Patients' perception of medical communication and their needs during the stay in the intensive care unit.** Rev Bras Ter Intensiva., n. 33, v. 3, p. 401-11, 2021.
- DEL RÍO, M. I. 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., v. 21, n. 9, p. 913-21, 2012.
- DOUGLAS, C. A. **Palliative care for patients with advance chronic kidney disease.** J R Coll Physicians Edinb., v. 44, n. 3, p. 224-31, 2014.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2008. p. 50-51.
- GLARE, P. et al. **Treating nausea and vomiting in palliative care: a review.** Clin Interv Aging., v. 6, p. 243-59, 2011.
- GRANT, M. **Resolving communication challenges in the intensive care unit.** AACN Adv Crit Care., v. 26, n. 2, p. 123-30, 2015.
- GRUBBS, V. et al. **A palliative approach to dialysis care: a patient-centered transition to the end of life.** Clin J Am Soc Nephrol., v. 9, n. 12, p. 2203-9, 2014.
- GULINI, J. H. M. B. et al. **Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject.** Rev. Esc. Enferm. USP., v. 51, p. e03221, 2017.

HERSON, L. A. et al. **Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue.** J Clin Oncol.n. 38, n. 9, p. 905-14, 2020.

HUYNH, T. N. et al. **Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal.** J Palliat Med., v. 16, n. 11, p. 1366-74, 2013;.

JOHNSON, J. R. et al. **The association of spiritual care providers' activities with family members' satisfaction with care after a death in the ICU*.** Crit Care Med., v. 42, n. 9, p. 1991-2000, 2014.

KOBAYAKAWA, M., et al. **Psychological and psychiatric symptoms of terminally ill patients with cancer and their family caregivers in the home-care setting: A nation-wide survey from the perspective of bereaved family members in Japan.** J Psychosom Res., v. 103, p. 127-32, 2017.

KOBEWKA, D. et al. **Prevalence of symptoms at the end of life in an acute care hospital: a retrospective cohort study.** CMAJ Open., v. 5, n. 1, p. E222-8, 2017.

KOK, V. C. **Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study.** Clin Interv Aging., v. 10, p. 679-85, 2015.

LEACH, C. **Nausea and vomiting in palliative care.** Clin Med (Lond). v. 19, n. 4, p. 299-301, 2019.

LOWEY, S. E. **Manejo da dor severa em pacientes terminais em casa.** Cuidados de saúde domiciliares, v. 38, n. 1, p. 8-15, 2020.

MALLAH, H. et al. **Pain Severity and Adequacy of Pain Management in Terminally Ill Patients with Cancer: An Experience from North Palestine.** Indian J Palliat Care., v. 25, n. 4, p. 494-500, 2019.

MANCINI, M. C.; SAMPAIO, R. F. **Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão.** Braz. J. Phys. Ther, v. 10, n. 4, 2006.

MATHEW, J. E. et al. **Do they hear what we speak?** Assessing the effectiveness of communication to families of critically ill neurosurgical patients. Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology, v. 31, n. 1, p. 49 -53, 2015.

MERCADANTE, S.; GREGORETTI, C.; CORTEGIANI, A. **Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how.** BMC Anesthesiol., v. 18, n. 1, p. 106, 2018.

MERINO, M. T. G. B. **Palliative Care: Taking the Long View.** Front Pharmacol., v. 9, p. 1140, 2018.

MURRAY-BROWN, F.; DORMAN, S. **Haloperidol for the treatment of nausea and vomiting in palliative care patients.** Cochrane Database Syst Rev., v. 2015, n. 11, p. CD006271, 2015.

NATIVIDADE, T. S. S. et al. **Extubação paliativa: reflexões bioéticas sobre cuidados em fim de vida.** Rev. Bioét., v. 29, n. 3, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Palliative Care.** 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em 21 dez. 21.

PAN, C. X. et al. **How Long Does (S)He Have? Retrospective Analysis of Outcomes After Palliative Extubation in Elderly, Chronically Critically Ill Patients.** Crit Care Med., v. 44, n. 6, p. 1138-44, 2016.

PEIXOTO, F. et al. **Os benefícios da extubação paliativa na qualidade de morte.** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 8, n. 2, 2020.

PISANI, L. et al. **Management of Dyspnea in the Terminally Ill.** Chest., v. 154, n. 4, p. 925-34, 2018.

REBELATTO, G. **Análise descritiva dos pacientes submetidos à extubação paliativa.** Dissertação –Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SAUNDERS, C. **The evolution of palliative care.** J R Soc Med., v. 94, n. 4, p. 430-2, 2001.

SHREVES, A.; POUR, T. R. **Emergency department management of dyspnea in the dying patient.** Emerg Med Pract., v. 20, n. 7, p. 1-20, 2018.

VALENTINI, E., et al. **Artificial nutrition and hydration in terminally ill patients with advanced dementia: opinions and correlates among Italian physicians and nurses.** J Palliat Med., v. 17, n. 10, p. 1143-9, 2014.

WALD, R. et al. **Changing incidence and outcomes following dialysis-requiring acute kidney injury among critically ill adults: a population-based cohort study.** Am J Kidney Dis., v. 65, n. 6, p. 870-7, 2015.

WIDERA, E. W.; BLOCK, S. D. **Managing grief and depression at the end of life.** Am Fam Physician., v. 86, n. 3, p. 259-64, 2012.