

 <https://doi.org/10.58871/000.25042023.v1.37>

**TERMINALIDADE E CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

TERMINALITY AND PALLIATIVE CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT

DANIEL SOARES DE ARAÚJO
Centro Universitário Alfredo Nasser

TATIANA YOSHIDA MINAKAMI
Universidade de Rio Verde

CAROLLINNE CRUVINEL RIBEIRO
Universidade de Rio Verde

LUIZ FERNANDO YABUMOTO
Centro Universitário de Mineiros

MARIA EDUARDA FERREIRA NUNES
Centro Universitário de Várzea Grande

MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA TARDIVO ROCHA
Centro Universitário de Brasília

LUIZA GALVÃO FERNANDES LIMA
Centro Universitário de Brasília

ENDRYA ROQUE SILVA
Universidade de Rio Verde

CIBELLE MARIA JACINTA DA SILVA
Universidade de Rio Verde

LARA CÂNDIDA DE SOUSA MACHADO
Universidade de Rio Verde

RESUMO

Objetivo: o capítulo tem como objetivo demonstrar e avaliar o estado atual do conhecimento sobre doença terminal e cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. **Metodologia:** trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Foram utilizados os bancos de dados: PubMed (*US National Library of Medicine*), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), *Latin*

American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde. Foram utilizados os unitermos “Idoso” AND “Paliativo” AND “Emergência” e o operador booleano “AND”. Utilizou-se os critérios de inclusão: estudo original e não original, publicado em periódico com corpo editorial, publicados na íntegra, entre os anos de 2000 e 2022 e que estivessem nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Foram excluídos, editoriais, comentários, cartas aos editores, resumos, estudos de acompanhamento que não tiveram um grupo de comparação e os que não se enquadravam na temática. Encontraram-se 106 trabalhos e foram utilizados 9 para comporem este capítulo. **Resultados e Discussão:** Cuidados prestados ao paciente crítico em estado terminal, na UTI, quando a cura é inatingível e, portanto, deixa de ser o foco da assistência. No Brasil, o tempo de permanência na UTI até a ocorrência do óbito é considerado demasiadamente longo quando comparado com estudos internacionais, possivelmente devido à falta de adoção de limites terapêuticos. Nesta situação, o objetivo primário é o bem-estar do paciente, permitindo-lhe uma morte digna e tranquila. A comunicação eficaz é um fator para o sucesso nesse tipo de tomada de decisão. A conferência com a família deve ser realizada logo no início da primeira semana de internação. **Considerações finais:** É evidente que a atuação de uma equipe multidisciplinar capacitada é indispensável nos cuidados ao fim da vida, pois permitem uma abrangência integral do paciente e daqueles que o acompanha, além de ser uma ferramenta facilitadora do cuidado.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Doente terminal; Cuidados intensivos.

ABSTRACT

Objective: the chapter aims to demonstrate and evaluate the current state of knowledge about terminal illness and palliative care in the intensive care unit. **Methodology:** this is a narrative review of the literature. The following databases were used: PubMed (US National Library of Medicine), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Virtual Health Library. The keywords "Elderly" AND "Palliative" AND "Emergency" and the Boolean operator "AND" were used. The inclusion criteria were used: original and non-original study, published in a journal with an editorial board, published in full, among the years 2000 and 2022 and that were in Portuguese, English and Spanish. Editorials, comments, letters to editors, abstracts, follow-up studies that did not have a comparison group and those that did not fit the theme were excluded. 106 works were used and 9 were used to compose this chapter. **Results and Discussion:** Care provided to critically ill patients in a terminal state, in the ICU, when a cure is unattainable and, therefore, is no longer the focus of care. In Brazil, time length of stay in the ICU until death is considered too long when compared to international studies, possibly due to the lack of adoption of therapeutic limits. In this situation, the primary objective is the well-being of the patient, allowing him a dignified and peaceful death. Effective communication is a key to success in this type of decision making. The conference with the family should be held at the beginning of the first week of hospitalization. **Final considerations:** It is evident that the performance of a qualified multidisciplinary team is indispensable in end-of-life care, as it allows a comprehensive coverage of the patient and those accompanying him, in addition to being a tool that facilitates care.

Keywords: Hospice care; Terminal ill; Intensive care.

1. INTRODUÇÃO

O cuidado paliativo (CP) ou paliativismo, é mais que um método, é uma filosofia do cuidar. O CP visa prevenir e aliviar o sofrimento humano em muitas de suas dimensões. O objetivo do CP é dar aos pacientes e seus entes queridos, a melhor qualidade possível de vida, a despeito do estágio de uma doença, ou a necessidade de outros tratamentos. O CP complementa-se ao já tradicional cuidado curativo, incluindo objetivos de bem-estar e de qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, ajudando-os nas tomadas de decisões, e promovendo oportunidades de crescimento e evolução pessoal (FILHO *et al.*, 2008).

Cuidados prestados ao paciente crítico em estado terminal, na UTI, quando a cura é inatingível e, portanto, deixa de ser o foco da assistência. Nesta situação, o objetivo primário é o bem-estar do paciente, permitindo-lhe uma morte digna e tranquila. A priorização dos cuidados paliativos e a identificação de medidas fúteis devem ser estabelecidas de forma consensual pela equipe multiprofissional em consonância com o paciente (se capaz), seus familiares ou seu representante legal. Após definidas, as ações paliativas, devem ser registradas de forma clara no prontuário do paciente (BARUZZI *et al.*, 2013).

O impacto do envelhecimento na saúde passou a ser mais valorizado no Brasil, a partir do final da década de 1980 e, como consequência, as práticas clínicas especializadas direcionadas ao idoso passaram a ser vistas como fundamentais. Mesmo com as melhorias no diagnóstico, no tratamento e no prognóstico de uma doença, o assunto “morte” se mantém no imaginário do idoso e de quem o assiste (VIEIRA *et al.*, 2012).

No Brasil dispomos de poucas unidades dedicadas aos CP dentro de hospitais. O pioneiro foi iniciado em 1983, pela Dra. Miriam Marteleite, do Departamento de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Em 1986, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, surgiu o Serviço de Dor e Cuidados Paliativos. Em 1989 surgiram o Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas (CEPON) em Florianópolis e o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (GESTO) no INCa no Rio de Janeiro. Até o momento não há mais do que 340 grupos no Brasil com unidades de cuidados paliativos dedicados e vinculados às instituições hospitalares (FILHO *et al.*, 2008).

No mundo atual, mais de 70% dos óbitos ocorrem nos hospitais e, mais especificamente nas unidades de terapia intensiva (UTIs). Nessas unidades, tamanho é o arsenal tecnológico disponível que se torna quase impossível morrer sem a anuência do médico intensivista.

Corroborando com essa afirmação, o fato de que os óbitos nas UTIs, a nível mundial, são precedidos em 30 a 50% dos casos de decisões sobre a suspensão ou recusa de tratamentos considerados fúteis ou inúteis (BARUZZI *et al.*, 2013).

CP visam minimizar o impacto negativo da enfermidade na vida do paciente, envolvendo intervenções para alívio e não curativas e faz parte do trabalho do profissional de saúde, para quaisquer doenças e estágio de evolução, os CP devem se iniciar já no diagnóstico e continuar juntamente com o tratamento curativo. O Conselho Federal de Medicina, em 2009, inseriu no Código de Ética Médica os CP como princípio fundamental (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Com o avanço das tecnologias na área da saúde ao longo dos tempos, a morte do indivíduo passou do ambiente domiciliar para hospitalar, com o intuito de tentar evitá-la e ao mesmo tempo, prolongar o tempo de sobrevivência. No âmbito hospitalar, é na Unidade de Terapia Intensiva que se concentra o maior número de pacientes críticos e dentre estes, há pacientes com situações clínicas reversíveis, como também pacientes sem perspectiva terapêutica de cura e que evoluem para estágio de terminalidade (ZAMPIERI, 2019).

Considerando o envelhecimento populacional, em particular em um país com perfil demográfico como o Brasil e o consequente aumento da frequência de doenças crônicas, o tema dos cuidados paliativos deve ser aprofundado, com aplicação nas unidades intensivas (MAZUTTI, 2016).

Para tanto, este capítulo tem como objetivo demonstrar e avaliar o estado atual do conhecimento sobre doença terminal e cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva, por meio de uma revisão narrativa da literatura, evidenciando o avanço nas discussões na literatura sobre os CP na UTI e contribuir para que sejam implementados na forma de protocolos, juntamente das diretrizes clínicas já existentes.

2. METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão narrativa da literatura. Foram utilizados os bancos de dados: PubMed (*US National Library of Medicine*) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), *Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences* (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados, também, os unitermos, para ir de encontro, à

temática: “Idoso” AND “Paliativo” AND “Emergência”. Utilizou-se o operador booleano “AND” para a busca dos artigos. Para complementar as buscas nas bases de dados, revisou-se todas as referências dos artigos selecionados e dos artigos de revisão.

Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: estudo original e não original, publicados em periódico com corpo editorial, publicados na íntegra, entre os anos de 2000 e 2022 e que estivessem nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Foram excluídos, editoriais, comentários, cartas aos editores, resumos, estudos de acompanhamento que não obtiveram um grupo de comparação e os que não se enquadravam na temática abordada. Por fim, encontraram-se 106 trabalhos, dos quais, foram utilizados 9 para comporem este capítulo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na UTI, a comunicação é um processo que envolve a percepção do ambiente e do clima de trabalho, incluindo a comunicação não-verbal da equipe multiprofissional, até a interação médico/paciente e família (BARUZZI *et al.*, 2013).

O CP é uma abordagem terapêutica que envolve uma equipe multidisciplinar, incluindo várias especialidades médicas, enfermeiras, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais e sacerdotes. Todos esses profissionais são importantes, uma vez que a Medicina paliativa objetiva identificar e dirimir os problemas relacionados à internação, na esfera física, psicológica, espiritual ou social. Neste cenário, uma boa comunicação entre os envolvidos é fundamental (FILHO *et al.*, 2008).

Estão envolvidos no processo da comunicação na UTI os pacientes, seus familiares ou qualquer pessoa com proximidade afetiva, os médicos, enfermeiros, psicólogos, religiosos e os demais membros da equipe multiprofissional. A avaliação dos canais do processo, das principais barreiras de comunicação, dos elementos e estratégias da boa comunicação devem ser pontuados, reconhecidos e combatidos, ou seguidos, para que o processo se desenvolva a contento (BARUZZI *et al.*, 2013).

A efetividade ou eficiência da Medicina Intensiva, tradicionalmente é demonstrada por dados de mortalidade ajustada por gravidade; por tempo de permanência; ou por desempenho operacional das equipes. No entanto, sob a perspectiva de qualidade do cuidado, a satisfação e

o bem-estar são os aspectos importantes, especialmente dentro de ambientes de alta complexidade (FILHO *et al.*, 2008).

Estudo retrata o novo significado do cuidado em uma unidade especializada em CP, tratando o doente e não a doença, ativando a humanização no atendimento aos pacientes, e apresenta um exemplo em que o paciente e seus familiares nos momentos finais de vida não desejam ir para uma UTI, mostrando que o que eles precisam no momento não é apenas de tecnologia, e sim de um cuidado mais ampliado que contemple as dimensões psicoemocionais relacionadas ao momento vivido (GULINI *et al.*, 2017).

Existe um enorme desgaste emocional dos membros da equipe que conduzem o tratamento do paciente em condição terminal nas UTI's. Portanto, essa equipe deve ser reconhecida como provedora, mas também como objeto dos cuidados (BARUZZI *et al.*, 2013).

Em suma, os cuidados paliativos formam um conjunto de intervenções aplicadas em doenças terminais e exigem um conhecimento do médico que ultrapassa o controle de sinais e sintomas. O desenvolvimento desta área implica abordar o treinamento em habilidades como comunicação, preparo psicológico, trabalho em equipe e suporte à família, além do controle de sinais e sintomas, para que se possa oferecer cuidados ao final de vida com qualidade e minimizar o sofrimento de quem enfrenta a fase irreversível da doença (PESSINI *et al.*, 2019).

É frequente na UTI a necessidade de tomada de decisões sobre os tratamentos de suporte de vida. Entretanto, é difícil saber qual o momento exato em que o paciente de UTI tem maior indicação de CP do que cuidados curativos, pois estes coexistem com os cuidados de conforto. Cuidados de conforto são definidos aqui como aspectos físicos individuais e combinados com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Geralmente, fala-se nos cuidados intensivos: curar às vezes, aliviar frequentemente e confortar sempre (GULINI *et al.*, 2017).

No Brasil, o tempo de permanência na UTI até a ocorrência do óbito é considerado demasiadamente longo quando comparado com estudos internacionais, possivelmente devido à falta de adoção de limites terapêuticos. O tratamento clínico e o tempo de internação na UTI maior que 10 dias são fatores independentes que podem ser mencionados como associados a medidas sugestivas de limitação terapêutica (MAZUTTI, 2016).

A comunicação eficaz é um fator imprescindível para o sucesso nesse tipo de tomada de decisão. A conferência com a família deve ser realizada logo no início da primeira semana de internação. A comunicação efetiva com paciente e o familiar, a respeito das opções de

tratamento e, preferencialmente, ocorrendo dentro das primeiras 72 horas de admissão na UTI, favorece as decisões (MAZUTTI, 2016).

Alguns princípios são necessários para a comunicação de uma más notícias: Escolher um momento em que o paciente e o médico estejam descansados e tenham um tempo adequado; avaliar o estado emocional e psicológico do paciente; preparar o paciente ou familiar dizendo ter um assunto difícil para discutir; usar uma linguagem clara e simples; expressar empatia pelo dor do paciente; ser humanitário tendo compaixão; dar informação de forma gradual e programar outro encontro posterior; ser realista evitando minimizar o problema, mas não tirar todas as esperanças; verificar como o paciente e familiares sentem-se, depois de receber a notícia; reassegurar a continuidade do cuidado, não importando o que houver; assegurar que o paciente tenha suporte emocional de outras pessoas (FILHO *et al.*, 2008).

Pesquisa realizada avaliou que no total de 411 prontuários analisados (população de estudo), 66 destes pacientes da UTI (equivalente a 16,05%) necessitaram de cuidados paliativos (amostra), destes, 54,55% dos pacientes eram do sexo masculino. A maior parte das internações foi na faixa etária de idosos, 15 acima de 76 anos (ZAMPIERI, 2019).

Esta prevalência maior de idosos se dá porque a relação entre a saúde do idoso e a terapia intensiva é muito estreita, devido à falta de oferta de serviços preventivos, no país. Ressalta-se que o uso excessivo de tecnologia sofisticada contribuiu para o aumento da média de idade dos pacientes, e ainda para a desumanização da prestação de cuidados de saúde de doentes terminais (ZAMPIERI, 2019).

Existe uma linha tênue entre a moralidade e a legalidade do exercício médico voltado a cuidados paliativos; se algum ato estiver no código profissional é legal, portanto pode ser feito, se não estiver não pode ser feito. Contudo a sociedade vem mudando e se abrindo cada vez mais a novos conceitos e argumentações (DIAS *et al.*, 2007).

Estudo com 58 profissionais avaliados, somente 21 (36%) já participaram de curso ou congresso de ética e bioética; 13 (22%) já participaram de cursos de cuidados paliativos; e 10 (17%) de cursos de distanásia. Quando questionados sobre a busca de atualização técnico-científica, essa porcentagem aumenta consideravelmente para 88%, ou seja, 51 profissionais já buscaram fazer cursos de atualização técnica e 90%, que correspondem a 52 profissionais, tentaram realizar cursos sobre atualização científica. Pode-se, portanto, afirmar com base nos dados colhidos que os profissionais não buscaram atualização nesse assunto (DIAS *et al.*, 2007).

A capacitação dos profissionais que atuam nas UTI's é imperativa, faz-se necessário intervenções e treinamentos, buscando assim, uma melhoria no sistema desses cuidados que discutam sobre cuidados prestados à pacientes fora da possibilidade terapêutica, proporcionado uma significativa compreensão dos processos da morte, priorizando a dignidade humana (ZAMPIERI, 2019).

4. CONCLUSÃO

A Medicina curativa nas UTI tem sido obstinada em ajudar a ganhar mais tempo de vida, mas ainda se omite em proporcionar qualidade de vida ao seu término. Não tem sido desenvolvida a atenção devida ao alívio do sofrimento dos pacientes terminais, pelo contrário, perde-se em discussões complexas, que oscilam entre eutanásias, distanásias e mistanásias, mesmo diante de um mundo globalizado, onde se convive com diversas culturas, religiões e moralidades. A Medicina paliativa vai além destes rótulos; ela nos qualifica, desenvolve o aprendizado e ajuda a oferecer o que se tem de melhor, resgatando o amor.

Nessa linha, é evidente que a atuação de uma equipe multidisciplinar capacitada é indispensável nos cuidados ao fim da vida, pois permitem uma abrangência integral do paciente e daqueles que o acompanha, além de ser uma ferramenta facilitadora do cuidado. Tendo em vista sua magnitude, é inegável a importância de mais estudos que visem os impactos positivos na saúde gerados por equipes multidisciplinares que conseguem manter a finalidade do cuidado através de uma eficiente comunicação entre si e com os pacientes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2523-2530, 2013.

BARUZZI, A. C. D. A.; IKEOKA, D. T. End of life and palliative care in intensive care. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 6, p. 528-530, 2013.

DIAS, K. et al. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Centro Universitário São Camilo**, v. 1, n. 1, p. 34-42, 2007.

FILHO, R. C. C.; MESQUITA, A. F. DE. Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de terapia Intensiva**, v. 20, n. 1, p. 88-92, 2008.

GULINI, J. E. H. M. DE B. *et al.* A equipe da Unidade de Terapia Intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. **Rev Esc Enferm USP** •, v. 51, p. 51:e03221, 2017.

MAZUTTI, S. R. G. Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 1, p. 294–300, 2016.

PESSINI, L; SIQUEIRA, J. E. Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. **Rev. Bioét., Brasília**, v. 27, n. 1, p. 29-37, 2019.

VIEIRA, W.; JUNIOR, M. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 24, n. 2, p. 197–206, 2012.

ZAMPIERI, K. P. Terminalidade e cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. **Repositório Cruzeiro do Sul**. 2019.