



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
Diretoria de Serviços de Internação  
Gerência de Serviços de Terapia Intensiva

Nota Técnica N.º 4/2022 - SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI

Brasília-DF, 08 de novembro de 2022.

**NOTA TÉCNICA EXTUBAÇÃO PALIATIVA**

**Assunto: Recomendação para abordagem de extubação paliativa no âmbito da SESDF**

## **1. INTRODUÇÃO:**

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, publicada em 1990 e revisada em 2002 e 2017, Cuidados Paliativos é uma “abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais”.<sup>1</sup>

Dessa maneira, essa abordagem destina-se a todo paciente com uma doença ameaçadora à vida, podendo complementar e ampliar os tratamentos modificadores da doença ou tornando-se o foco do cuidado. Logo, no contexto de pacientes críticos, internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a principal questão a ser enfrentada por pacientes, familiares e equipe não é “se” o paciente é candidato a cuidados paliativos, mas sim “qual” o foco prioritário do tratamento no contexto da internação em decorrência de quadro agudo: a cura e o restabelecimento funcional ou o conforto e a qualidade de vida.<sup>2</sup>

Na maioria das vezes, os doentes são admitidos em UTI quando existe possibilidade de reversão da doença. Entretanto, a evolução pode ser desfavorável tanto para aqueles previamente hígidos, quanto para os que sofrem de doenças crônico-degenerativas e apresentam uma intercorrência aguda e potencialmente reversível. Sendo assim, é comum que o paciente crítico não percorra todas as etapas de uma doença que leva a morte, e passe do bom estado geral pré-internação para a fase final de vida, em que o cuidado paliativo se torna o foco do cuidado.<sup>3</sup>

Portanto, considerando que um paciente em fase final de vida não se beneficiará de todo o aparato tecnológico de uma UTI, tendo como prioridade de cuidado o alívio de sintomas e promoção de conforto, a adequação de medidas torna-se imprescindível para garantir a qualidade do cuidado a esse paciente. Nesse contexto, a limitação de tratamentos considerados fúteis ou inúteis, evitando a obstinação terapêutica, e a introdução de procedimentos médicos que visam promover alívio e conforto ao paciente com doença que ameaça a vida são práticas recomendadas pela Associação Médica Mundial, Conselho da Europa, Corte Europeia de Direitos Humanos e supremas cortes de diferentes países, como Canadá, Estados Unidos e Reino Unido.<sup>3</sup>

Dentre as possíveis adequações de medidas para um paciente em fim de vida, com o intuito de se evitar a distanásia e obstinação terapêutica, encontram-se a suspensão da hemodiálise, limitação ou suspensão de drogas vasoativas, e a extubação paliativa.

Felizmente, nos últimos anos, houve acentuado aumento no interesse pela abordagem dos cuidados paliativos, ocorrendo maior percepção da importância em se manter a dignidade e garantir a qualidade de vida dos pacientes. Isso pode ser observado pelo aumento do número de equipes de Cuidados Paliativos de 2018 para 2019, segundo a Academia Nacional de Cuidados

Entretanto, apesar do aumento no interesse por cuidados paliativos, muitos profissionais ainda não estão capacitados e/ou não têm treinamento para realizar algumas adequações de medidas, e introduzir impecável controle de sintomas a pacientes. Dessa maneira, a extubação paliativa tem sido um procedimento controverso: muitos profissionais acreditam ser extremamente necessário, ao passo que outros não compreendem que se trata de uma conduta técnica, ética e possível juridicamente.

Isto posto, a Câmara Técnica de Cuidados Paliativos do Distrito Federal esclarece que **a extubação paliativa é uma adequação de medida possível, contudo, não é imprescindível. Portanto, ressalta-se que há ações básicas primordiais, as quais devem ser realizadas e implementadas antes de se pensar em propor essa conduta médica.**

## 2. DOS OBJETIVOS:

Considerando o aumento da demanda pelos serviços de cuidados paliativos em toda rede SESDF;

Considerando que, dentre as principais demandas para abordagem paliativa, inclui-se a possibilidade de adequação de medidas em paciente com critério de terminalidade, em condição de irreversibilidade do quadro clínico grave;

Considerando o aumento da demanda por meio de pareceres nos hospitais da SESDF, em que há o serviço de cuidados paliativos, solicitando extubação paliativa de pacientes;

Sendo assim, por meio deste documento, a Câmara Técnica de Cuidados Paliativos visa difundir recomendações básicas da abordagem paliativa aos diversos serviços da rede SESDF, a serem realizadas antes de se propor uma conduta complexa como a extubação paliativa.

## 3. DA ADEQUAÇÃO DE MEDIDAS

O avanço tecnológico da medicina ocorreu de forma rápida nos últimos anos. O surgimento de novas medicações, vacinas, equipamentos tecnológicos, além de melhorias no saneamento básico e maior acesso da população aos sistemas de saúde permitiram que doenças antes fatais, pudessem se tornar crônicas. Dessa maneira, ocorreu o envelhecimento da população, concomitantemente ao aumento da prevalência de doenças crônicas. Isso desencadeou o desequilíbrio entre demanda e oferta de leitos hospitalares, principalmente leitos de terapia intensiva, destacando a necessidade de se reavaliar os cuidados a pacientes com baixa probabilidade de recuperação clínica.<sup>5,6</sup>

Ressalta-se que a medicina intensiva se propõe a realizar diagnóstico e tratamento de pacientes em iminente risco de morte, porém com agravos potencialmente reversíveis. Nesse contexto, inúmeras vidas em situações críticas são salvas. Contudo, pacientes internados em leitos de UTI, que se encontram agudamente enfermos podem evoluir com falência de múltiplos órgãos e sistemas, ocorrendo, então, improvável recuperação clínica e maior possibilidade de óbito. Acrescenta-se o fato de as UTIs receberem em seus leitos de alta complexidade pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, muitas vezes com intercorrências clínicas com baixa probabilidade de recuperação, pois fazem parte da evolução natural de doença muito avançada. Destaca-se que nesses casos em que há improvável recuperação clínica, os cuidados ofertados a esses pacientes devem ser repensados, ao invés de se oferecer os mesmos cuidados que a pacientes agudamente enfermos.<sup>6,7,8</sup>

Isto posto, quando a falência de múltiplos órgãos em pacientes críticos não responde ao tratamento, e os objetivos de cuidados propostos já não podem ser alcançados, ou quando o suporte artificial de vida torna-se desproporcional ao prognóstico esperado, os médicos intensivistas devem esperar que a morte ocorra a qualquer momento.<sup>9</sup> Nesse contexto, esses pacientes, usualmente, já não se beneficiariam do tratamento em UTI, e poderiam ser tratados com dignidade em outras unidades de internação (enfermaria, unidades intermediárias e unidades de cuidados paliativos).<sup>6,10</sup>

Portanto, para se reconhecer a terminalidade e/ou processo de fim de vida em paciente crítico, é necessário considerar:<sup>3,6,11</sup>

- História natural da doença ou grupo de doenças;
- Capacidade funcional, avaliação da fragilidade e situação nutricional do paciente;
- Progressão da doença, apesar do tratamento instituído;
- Internações prévias em UTI;
- Presença de fatores de mau prognóstico: choque refratário, piora clínica apesar da otimização terapêutica, sem condições de desmame de tratamentos invasivos;
- Evidência de doença extensa ou presença de duas ou mais falências orgânicas irreversíveis.

Assim, para que pacientes com sinais sugestivos de fim de vida possam ser tratados em outras unidades de internação, fora do ambiente intensivo, são necessárias adequações de medidas a partir da tomada de decisão quanto às prioridades de cuidado. **Sugere-se para melhor compreensão das prioridades de cuidados e das fases da assistência ao paciente crítico em UTI, a leitura da Diretriz para Cuidados Paliativos em Pacientes Críticos Adultos Admitidos em UTI, protocolo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal** publicado como Portaria no 418, de 04 de maio de 2018, no Diário Oficial do Distrito Federal.

Dessa forma, estabelecida a fase assistencial do paciente, e com a avaliação de suas prioridades de cuidados, é possível discutir com equipe médica assistente e multiprofissional sobre a adequação de medidas proporcionais ao respectivo quadro clínico.<sup>6</sup> Logo, pacientes em fase assistencial II ou III, poderiam ter, como adequação de medidas, a limitação ou suspensão de drogas vasoativas, suspensão da hemodiálise, e também a possibilidade de extubação paliativa.

### 3.1. Cuidado paliativo não é sinônimo de limitação de esforço terapêutico

A adequação de medidas pode incluir a limitação de tratamentos e de uso de suporte avançado de vida. Todavia, ressalta-se que **cuidado paliativo não é sinônimo de limitação de suporte / esforço terapêutico**, inclusive a expressão “Limitação de Esforço Terapêutico” tem sido questionada, considerando que a “limitação” não se restringe apenas à terapêutica, mas abrange também procedimentos diagnósticos. Além disso, essa expressão pode trazer a conotação negativa de “limitação de esforço” de um profissional ou equipe, com a ideia de relativização do “esforço”. Por esse motivo, considera-se a expressão “Adequação de Medidas” mais apropriada.<sup>6,12</sup>

Conforme o próprio conceito da OMS para cuidados paliativos, essa abordagem visa melhorar a qualidade de vida, identificação precoce e controle da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais de paciente e familiares. **Destaca-se que não há menção à limitação de suporte clínico nessa abordagem.** Portanto, quando um paciente não apresenta resposta positiva às medidas empreendidas para o tratamento curativo, e já não se beneficia dos recursos tecnológicos instituídos, devem ser iniciadas medidas para o impecável controle de sintomas advindos de sua

condição crítico-crônica.

**Os cuidados paliativos são sinônimo de proteção e conforto, os quais são promovidos com o alívio de sintomas dos pacientes e familiares.** Nesse contexto, é importante ressaltar que os cuidados paliativos não são exclusivos a pacientes em fase de fim de vida e processo ativo de morte, mas devem ser ofertados a todo paciente com doença ameaçadora à vida, inclusive logo após o diagnóstico. Por exemplo, a ASCO - American Society of Clinical Oncology - recomenda acompanhamento do paciente com equipe de cuidados paliativos em até 8 semanas após diagnóstico do câncer.<sup>13</sup>

#### 4. DOS ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução 1.805/2006<sup>14</sup>, permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. Essa resolução apresenta que tomadas de decisão que incluam **limitar OU suspender** determinado tratamento ou procedimento são condutas **eticamente equivalentes**.

Essa resolução também dispõe as seguintes observações:<sup>14</sup>

*§1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as*

*modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.*

*§2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.*

*§3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.*

Portanto, destaca-se a importância de o médico **esclarecer ao paciente as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação**, de forma que se evite a obstinação terapêutica, aplicando-se as melhores condutas cientificamente reconhecidas, associadas aos valores do paciente.

Ressalta-se que a **Resolução CFM nº 1.805/2006<sup>14</sup>**, que está atualmente em plena vigência, diz respeito à prática da ortotanásia, nada tem a ver com a eutanásia e constitui um alerta contra a distanásia. Além disso, **é constitucional, não acarreta violação a nenhum dispositivo legal, não representa apologia ao homicídio, nem incentiva a prática de qualquer conduta criminosa ou ilícita e está absolutamente de acordo com a nossa sistemática jurídico-penal**. A ortotanásia é um “deixar morrer” atípico, ou seja, não criminoso, quando deixar morrer não é homicídio e não é crime, diante da impossibilidade de se evitar o resultado morte advindo de uma doença terminal e incurável.<sup>6,15,16</sup> (**Nota: Ortotanásia** = morte natural. O início do processo natural da morte, se inevitável, deve ser respeitado. **Distanásia** = postergação injustificável da morte para além de qualquer benefício por meio da obstinação terapêutica; priorização indevida da quantidade de vida, negligência ao cuidado humano de quem está morrendo, investimento inaceitável em recursos inúteis e adoção de paradigmas inadequados, não apenas científicos, mas comerciais, que viola os direitos humanos e a dignidade do paciente. **Eutanásia** = quando, por misericórdia ou piedade, o agente realiza uma “ação” causadora da morte)<sup>6,15</sup>.

Dessa maneira, **a extubação paliativa é uma conduta ética e lícita**, caracterizando-se como um procedimento possível de ser realizado, conforme a Resolução 1805/2006. **Todavia, se a equipe assistente não estiver em consenso quanto à realização da extubação paliativa, se o médico assistente não for capacitado para tratar sintomas pós-extubação, e se os familiares não**

se sentirem seguros quanto ao procedimento, é preferível que não seja realizada. Conforme a Resolução 1805/2006, em casos de terminalidade da vida, também é possível limitar procedimentos e tratamentos. Portanto, manter a Ventilação Mecânica (VM) em parâmetros confortáveis para o paciente, e limitar ou suspender as demais medidas prolongadoras de vida são condutas igualmente éticas e lícitas.

## 5. DA DEFINIÇÃO DE EXTUBAÇÃO PALIATIVA

A extubação paliativa (ou compassiva) é o processo de retirada da ventilação mecânica (VM), quando os objetivos de cuidado do paciente passaram a ter o conforto como prioridade absoluta. Nesse contexto, a extubação paliativa pode ser **considerada** quando:<sup>17</sup>

- houver falhas em todas as tentativas de desmame da VM;
- a manutenção do suporte ventilatório for considerada como medida fútil;
- a qualidade de vida do paciente for inaceitável para ele, de maneira que não haja perspectiva de melhora;
- indiscutivelmente, o suporte ventilatório estiver causando sofrimento desnecessário.

**Destaca-se que esse é um processo complexo que exige planejamento bem definido, metucioso, incluindo a comunicação impecável entre todos os envolvidos.** Portanto, o planejamento inadequado pode resultar em grande sofrimento para o paciente, com sintomas como dor ou dispneia severos após a extubação, além de aumentar significativamente o risco de processos complicados de luto para os familiares que presenciarem o procedimento.<sup>17,18</sup>

## 6. DAS AÇÕES BÁSICAS PARA PLANEJAMENTO DE EXTUBAÇÃO PALIATIVA

A extubação paliativa é um procedimento que envolve habilidades de comunicação, planejamento adequado, participação ativa da equipe multiprofissional, e requer a presença de médico capacitado para o excelente controle de sintomas do paciente.<sup>19,20</sup>

Ressalta-se que toda limitação ou suspensão de suporte avançado de vida pressupõe um processo de tomada de decisão compartilhada baseada em uma comunicação honesta e respeitosa entre a equipe médica e multiprofissional assistente, paciente e familiares. Se necessário, é possível que um médico da confiança do paciente ou familiares participe desse processo, assim como a consulta a comitês de ética também pode ser útil.<sup>17,18</sup>

Conforme “Recomendação para Integração Precoce dos Cuidados Paliativos aos Cuidados Intensivos” da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira)<sup>21</sup>, os cuidados paliativos podem ser integrados aos cuidados intensivos. Dentre as formas de integração, a Câmara Técnica de Cuidados Paliativos da SESDF recomenda o modelo consultivo e o misto como as melhores formas para a abordagem paliativa nas UTIs. No modelo consultivo, a equipe consultora de cuidados paliativos avalia pacientes com alto risco de morte na UTI, sugerindo adequações de medidas e manejo para o controle de sintomas. Já, no modelo misto, ocorre um trabalho conjunto entre intensivistas e paliativistas, de forma que a equipe da UTI tenha um domínio geral sobre ações paliativistas e as situações de difícil manejo sejam auxiliadas por especialistas.

Dessa maneira, **reuniões para propor a suspensão do suporte ventilatório são fundamentais** para avaliar o consenso de toda equipe não só quanto à possibilidade de realização do procedimento, como também quanto ao alinhamento dos detalhes para a condução do mesmo. **A participação da equipe de cuidados paliativos é valiosa tanto nas reuniões, para auxiliar na**

definição de irreversibilidade do quadro, quanto durante o procedimento, pois pode identificar familiares mais predispostos a um luto complicado, promovendo atenção e suporte psicológico, além do auxílio no controle de sintomas do paciente.<sup>22</sup> Logo, as ações básicas para planejamento de extubação paliativa envolvem etapas de comunicação.<sup>18</sup>

### 6.1. Primeira etapa de comunicação: Reunião multiprofissional inicial

A reunião deve incluir a equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente, em especial médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas. **Essa primeira reunião tem como objetivo definir a irreversibilidade do quadro clínico e descartar a disponibilidade de opções terapêuticas adicionais, bem como buscar o consenso da equipe quanto à indicação da extubação paliativa.**<sup>17,18</sup>

Dessa forma, a revisão do diagnóstico, intervenções terapêuticas já adotadas e a evolução clínica do paciente são essenciais para a compreensão do quadro e definição dos próximos passos. É importante definir as condições respiratórias do paciente nesse momento (parâmetros necessários para a manutenção da vida), bem como a expectativa para após a extubação. Esses dados serão de grande auxílio durante a reunião com os familiares, evitando expectativas pouco realistas por parte deles.<sup>17,18</sup>

Destaca-se que o registro em prontuário dos pontos discutidos nessa reunião, assim como das pessoas presentes nela, é uma ferramenta importante de amparo no processo de extubação paliativa.<sup>17,18</sup>

### 6.2. Segunda etapa de comunicação: Reuniões com os familiares e/ou com paciente

A primeira reunião desta etapa deve incluir **toda a equipe de saúde envolvida nos cuidados ao paciente (médicos e equipe multiprofissional), além de todos os membros da família mais próximos do paciente e responsáveis pelas decisões.** Caso o paciente esteja consciente e capaz de tomar decisões, a reunião deve ser realizada à beira do leito para incluí-lo. **Todo o processo diagnóstico e terapêutico deve ser revisado com os familiares, isto é, realizar a revisão da história da doença e comorbidades, perda de funcionalidade, assim como do período de internação.**<sup>17,18</sup>

Os valores e crenças do paciente, desejos por ele expressos anteriormente, existência de diretivas antecipadas e angústias dos familiares devem ser acolhidos nessa reunião. **Em seguida, as opções proporcionais ao quadro clínico e disponíveis devem ser abordadas, incluindo a extubação paliativa, que deve ser detalhadamente explicada.** Ressalta-se a importância de abrir espaço para dúvidas dos familiares / paciente, esclarecendo exaustivamente aquelas sobre o significado da extubação paliativa, diferenciando-a de eutanásia. **Todo esse processo deve ser feito evitando-se que os envolvidos se sintam pressionados para a tomada de decisão.**<sup>17,18</sup>

Os processos de tomada de decisão quanto à suspensão de medidas de suporte avançado de vida são emocionalmente desafiadores, e, muitas vezes, desconfortáveis para familiares e equipe de saúde. Logo, é possível que os envolvidos necessitem de tempo para compreender o processo e se posicionar com mais tranquilidade. Sendo assim, **novas reuniões com familiares e equipe assistente do paciente podem ser necessárias.**<sup>17,18</sup>

Uma vez tomada decisão compartilhada pela extubação paliativa, detalhes do procedimento podem ser delineados com os familiares, tais como: data e hora do procedimento, pessoas/familiares presentes naquele momento, assim como música, ritual, orações durante

procedimento.<sup>17,18</sup>

Destaca-se que o registro em prontuário, sobre os pontos discutidos e pessoas presentes nessa reunião, é fundamental para o prosseguimento do processo, sem o risco de mal-entendidos.<sup>17,18</sup>

### 6.3. Terceira etapa de comunicação: Reunião multiprofissional preparatória

Uma vez tomada a decisão em consenso com os familiares, a equipe deve iniciar os preparativos práticos para o procedimento (Quadro 1). **Essa reunião pode ser utilizada para esclarecer eventuais dúvidas e desconfortos de membros da equipe**, certificando-se de que todos estejam seguros da estratégia adotada. Ressalta-se que o nível desejado de consciência do paciente para o período pós-extubação deve ser determinado nessa reunião, **assim como quem serão os profissionais da equipe presentes no dia do procedimento. O ideal é que enfermeiro e técnico de enfermagem, que assistam o paciente no dia do procedimento, não estejam também responsáveis por pacientes graves e instáveis, que necessitem de constantes reavaliações.**<sup>17,18</sup>

Ao término da reunião multiprofissional, o agendamento do procedimento deve ser informado à família o quanto antes, proporcionando-lhes tempo de organização.<sup>17,18</sup>

**Quadro 1 - Preparativos práticos pré-extubação paliativa**

Revisão de procedimentos que poderão ser suspensos, descontinuando, sempre que possível, os que estejam causando desconforto (ex.: sondas, acessos, monitores) e aqueles que se revelem incoerentes com a realidade do paciente (ex.: medicamentos antiarrítmicos e drogas vasopressoras).
Descontinuar o uso de bloqueador neuromuscular.
Em pacientes em diálise, remover o máximo de volume possível antes da extubação e discutir interrupção definitiva da diálise após procedimento.
Descontinuar medidas rotineiras fúteis como coleta de exames laboratoriais, verificação de sinais vitais.
Reforçar registros médicos de não iniciar medidas prolongadoras da vida (tais como reanimação cardiopulmonar, drogas vasoativas).
Revisar necessidade de hidratação e nutrição artificiais, as quais devem ser retiradas, preferencialmente, 24-48h antes da extubação.
Iniciar medidas para redução de secreções pulmonares (caso paciente ainda não esteja em uso) entre 12-48h antes do procedimento.

Intensificação da fisioterapia respiratória nas horas que antecedem o procedimento.

Liberação de visitas de familiares.

Fonte: Coradazzi<sup>18</sup>

## 7. DO PROCEDIMENTO DE EXTUBAÇÃO PALIATIVA

O objetivo da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos é recomendar ações básicas a serem realizadas antes de se propor um procedimento tão complexo como a extubação paliativa. **Esta nota técnica não pretende apresentar um protocolo de como realizar tal procedimento.**

Nesse sentido, destaca-se que caso seja optado pela extubação paliativa, e **TODAS AS ETAPAS DAS AÇÕES BÁSICAS TENHAM SIDO REALIZADAS**, recomenda-se priorizar um ambiente tranquilo para o procedimento. Dessa maneira, equipamentos desnecessários devem ser removidos, criando espaço para os familiares e para a equipe (se necessário, providenciar cadeiras extras). Todo e qualquer aparato que dificulte o contato entre paciente e familiar deve ser retirado, tais como restrições mecânicas e dispositivos para monitoração. Da mesma forma, monitores e alarmes devem ser desligados.<sup>18</sup>

Quando os familiares participarem do procedimento, todo o processo deve ser explicado, esclarecendo que será solicitado que deixem o local por alguns momentos, quando a cânula for retirada para permitir aspiração e limpeza do paciente pelo fisioterapeuta e enfermagem. É importante revisar e esclarecer todo o processo. Nesse momento, os rituais e orações discutidas anteriormente em reunião devem ser liberadas. Ressalta-se a importância da presença de psicólogo, capelão, assistente social para suporte à família durante o procedimento.<sup>18</sup> Nessa conjuntura, o conceito de qualidade de morte inclui as qualidades de conforto físico, autonomia, apoio psicológico, dignidade, vínculo interpessoal e respeito.<sup>22</sup>

**A administração de medicamentos para controle de sintomas tais como dor, dispneia, ansiedade deve ser realizada meticulosamente antes do procedimento com o objetivo de se evitar sintomas desconfortáveis.**<sup>18</sup> O uso de opioides (dose antecipatória com bolus antes do procedimento, além da manutenção do opioide de forma contínua por bomba de infusão) pode prevenir o surgimento da dispneia grave após extubação.<sup>23</sup> **Além disso, logo após a extubação, devem ser realizadas medidas para sedação paliativa e alívio de sintomas que possam surgir.**<sup>18</sup>

O paciente pode apresentar alguns sinais de desconforto após extubação, tais como:<sup>18</sup>

- Frequência cardíaca > 120 bpm;
- Frequência respiratória > 30 irpm (ou o dobro da FR basal);
- Contrações faciais (“caretas”) contínuas;
- Movimentação motora/agitação permanente;
- Tiragem intercostal ou respiração abdominal persistente.

Dessa maneira, a equipe assistente deve estar atenta a esses sinais para abordar os sintomas desencadeados. É importante esclarecer os familiares sobre episódios de respiração anormal e movimentos involuntários, que não necessariamente significam sofrimento, bem como a disponibilidade de medidas para alívio de eventuais desconfortos.<sup>18</sup>

Os sintomas desconfortáveis desencadeados após extubação são:<sup>22,24</sup>



- Dor;
- Edema de glote;
- Hipersecreção de vias aéreas;
- Desidratação severa iatrogênica;
- Estertor e estridor pós extubação.

Sendo assim, destaca-se a importância da presença de um médico experiente em retirada de ventilação respiratória e um fisioterapeuta também com experiência em fisioterapia respiratória, além de profissionais especialistas em cuidados paliativos, durante o processo de extubação paliativa.<sup>24</sup>

**É importante ressaltar que o procedimento de extubação paliativa não resulta necessariamente em óbito imediato do paciente após o procedimento.**<sup>18</sup> Segundo estudo de Hung, todos os pacientes oncológicos, que tiveram o suporte ventilatório descontinuado, morreram em até uma semana após a extubação. Já dentre os pacientes não oncológicos, 8 de 109 pacientes morreram após uma semana da extubação.<sup>20</sup> Além disso, segundo estudo observacional australiano, que analisou o impacto de ventilação mecânica (VM) e uso de drogas vasoativas na sobrevivência de pacientes que morreram dentro de 1 mês de admissão da UTI, não houve associação entre morte precoce e descontinuação de medidas invasivas. Houve ainda a constatação de que a redução do uso de tratamentos invasivos (como substituição de VM invasiva por não invasiva) ao longo dos anos, em pacientes com prognóstico reservado, não encurtou o tempo até a morte.<sup>25</sup>

Dessa forma, de acordo com a patologia de base, o tempo entre a retirada do suporte ventilatório e o óbito varia grandemente, com registros de até **25% dos casos de extubação paliativa receberem alta hospitalar.**<sup>11</sup> Portanto, esses dados demonstram que o paciente pode sobreviver por dias, semanas, ou até mesmo meses após a extubação paliativa. **Sendo assim, a morte não está associada à suspensão da ventilação mecânica, mas à história natural da patologia de base.**<sup>19</sup>

Uma vez que o paciente esteja estável 24h a 48h após o procedimento de extubação paliativa, é possível transferi-lo para uma enfermaria, onde poderá ficar com a família em ambiente menos agitado. Destaca-se que essa transferência deve ser discutida com os familiares, que podem sentir insegurança, mesmo cientes de que o óbito é o desfecho esperado.<sup>18</sup>

**É de suma importância que a equipe assistente envolvida no processo seja acolhida, pois alguns membros podem apresentar necessidades emocionais significativas após um processo de extubação paliativa.** Reuniões multiprofissionais após o procedimento podem auxiliar na identificação de necessidades emocionais por meio da troca mútua e validação das impressões pessoais. É comum que as percepções sobre o sucesso do procedimento sejam discrepantes entre os profissionais envolvidos. Logo, a comunicação clara, respeitosa além de auxiliar na identificação de eventuais falhas e adoção de medidas que possam otimizar os procedimentos futuros, também mantém os profissionais comprometidos e aumentam o bem-estar emocional.<sup>18</sup>

## 8. PARTICULARIDADES EM PEDIATRIA

Ao se preparar um protocolo de extubação paliativa, as considerações sobre um cuidadoso processo de comunicação entre membros da equipe e entre equipe e família são fundamentais desde antes do planejamento do procedimento.<sup>26</sup>

O processo de retirada e/ou não introdução de tratamento médico de suporte de vida pressupõe uma decisão compartilhada a partir da comunicação respeitosa e sincera entre os membros

da equipe, o paciente e a família.<sup>19</sup>

Experiências de centros avançados em cuidados paliativos neonatais, por exemplo, mostram que a família deve ser repetidamente orientada para que compreenda que o tratamento removido não mudará a evolução da doença e que a morte pode ocorrer imediatamente ou demorar minutos ou até dias, ficando garantidos os cuidados paliativos com a criança.<sup>27</sup>

Além dos desejos dos pais e da criança, os profissionais de saúde têm a obrigação ética e legal de salvaguardar o "melhor interesse" do seu paciente, de acordo com sua idade e maturidade. Qualquer discussão relacionada aos cuidados à criança deve incluir os aspectos éticos, legais, sociais, contextuais, culturais e do desenvolvimento individual.

Considera-se que o processo decisório realizado de forma compartilhada entre pais e profissionais de saúde é a estratégia ideal para promover as melhores escolhas possíveis em situações complexas e difíceis. Esta atitude requer respeito e compreensão pelo momento delicado e difícil da família, bem como plena consciência de seus direitos de decisão.<sup>28</sup>

## 9. CHECKLIST DE PLANEJAMENTO PARA EXTUBAÇÃO PALIATIVA

AÇÕES BÁSICAS PARA PLANEJAR UMA EXTUBAÇÃO PALIATIVA	X
1. Paciente com sinais preditores de fim de vida / em fase de assistência II ou III na UTI.	
2. Realizada PRIMEIRA REUNIÃO com TODA EQUIPE ASSISTENTE, com definição da irreversibilidade do quadro clínico do paciente (avaliado por equipe consultora de cuidados paliativos e/ou por médico capacitado, preferencialmente intensivista, e com experiência em cuidados paliativos).	
3. Realizada PRIMEIRA REUNIÃO COM TODA EQUIPE ASSISTENTE, incluindo PRESENÇA DE EQUIPE CONSULTORA EM CUIDADOS PALIATIVOS ou médico capacitado e com experiência nessa especialidade, e COM CONSENSO entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos de enfermagem, assistente social e capelão sobre realização do procedimento.	
4. Após primeira reunião com equipe assistente, <b>NÃO</b> HOUVE CONSENSO: <b>PARE o checklist! Reavalie o caso e preparo da equipe para o procedimento.</b>	
5. APÓS CONSENSO DA EQUIPE ASSISTENTE, <b>há médico e fisioterapeuta capacitados</b> para realizar o procedimento, <b>controlando os sintomas que possam surgir após a extubação?</b>	
6. Realizar PRIMEIRA REUNIÃO COM EQUIPE (JÁ EM CONSENSO) E FAMILIARES/PACIENTE E abordar possibilidade do procedimento, esclarecendo todas as dúvidas.	
7. Necessidade de realizar outras reuniões da equipe multiprofissional com familiares ?	

Marcar! **Apenas prosseguir com checklist, quando este ponto estiver resolvido.**

**NÃO PRESSIONAR FAMILIARES PARA TOMADA DE DECISÃO!**

8. Após consenso dos familiares, **REALIZAR NOVA REUNIÃO COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:** planejamento do procedimento (Quem estará presente? Médico e fisioterapeuta capacitados presentes? Enfermeiro e técnico responsável pelo paciente não devem assistir outro paciente grave e instável nesse dia. Qual o nível da sedação paliativa após extubação? Planejar rituais que sejam significativos para paciente e família. Sempre que possível, adequar o horário do procedimento à rotina do setor).

**O PACIENTE APÓS EXTUBAÇÃO PALIATIVA DEVE TER SEUS SINTOMAS CONTROLADOS, MANTENDO-SE CONFORTÁVEL. NÃO HÁ RAZÃO EM EXTUBAR UM PACIENTE E NÃO PROMOVER QUALIDADE DE MORTE OU CONTROLE DE SINTOMAS, DEIXANDO O PACIENTE DESCONFORTÁVEL.**

**CASO NÃO SEJA POSSÍVEL REALIZAR TODAS ESSAS AÇÕES, RECOMENDAMOS NÃO PROCEDER COM A EXTUBAÇÃO PALIATIVA, MAS LIMITAR O SUPORTE AVANÇADO DE VIDA E DEMAIS MEDIDAS PROLONGADORAS DE VIDA.**

**REALIZAR REUNIÃO COM EQUIPE ASSISTENTE APÓS O PROCEDIMENTO, INDEPENDENTE DO RESULTADO (ÓBITO OU ALTA PARA ENFERMARIA/HOSPITALAR), PARA DISCUSSÃO E SUGESTÕES CONSTRUTIVAS PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO EM OUTRAS OCASIÕES. ISSO REDUZ ESTRESSE MORAL DA EQUIPE E POSSIBILIDADES DE ABSENTEÍSMO.**

Fonte: elaborado pelos autores

Destaca-se que a Câmara Técnica de Cuidados Paliativos da SESDF elaborou um vídeo educativo, com animação, para complementar a leitura desta Nota Técnica, auxiliando na compreensão do tema abordado (link para o vídeo: [https://drive.google.com/file/d/1thBDRs8XAzup0zlrNFWO7h1FC0J46yK2/view?usp=share\\_link](https://drive.google.com/file/d/1thBDRs8XAzup0zlrNFWO7h1FC0J46yK2/view?usp=share_link)).

Ressalta-se que esta Nota Técnica tem validade de 1 (um) ano a partir da data de sua publicação.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO Definition of Palliative Care [homepage na Internet]. WHO 2017 [acesso em outubro 2017]. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Lago P, et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. Rev Bras Ter Intensiva. 2011;23(1):24-9.
3. Moritz RD, Rossini JP, Deicas A. Cuidados Paliativos na UTI: definições e aspectos éticos e legais. In: Moritz RD (Org.). Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Editora Atheneu; 2012. p. 19-32.
4. dos Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UDP. (2020). Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019. Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

5. Niemeyer-Guimarães M, Schramm FR. The Exercise of Autonomy by Older Cancer Patients in Palliative Care: The Biotechnoscientific and Biopolitical Paradigms and the Bioethics of Protection. *Palliative Care: Research and treatment* 2017.
6. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria no 418, de 04 de maio de 2018. Protocolo de Atenção à Saúde. Diretrizes para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI. *Diário Oficial do Distrito Federal*, 17 mai 2018.
7. Zoccoli TLV, Ribeiro MG. Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. In: Zoccoli TLV et al. *Desmistificando Cuidados Paliativos - Um olhar multidisciplinar*. 1a ed. Brasília: Editora Oxigênio; 2019. p.308-326.
8. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado*. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 23-30.
9. Batista KT et al. Reflexões bioéticas nos dilemas do fim da vida. *Brasília Médica* 2009; 46(1):54-62.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.156/2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. D.O.U. 17 nov. 2016; Seção I, p. 138-9.
11. Leal LK, Olsen I, Kawai F. Extubação paliativa. In: Velasco IT, Ribeiro SCC. *Cuidados Paliativos na Emergência*. 1a. ed. Barueri - SP: Manole; 2021. p. 179-189
12. Gomes HA, Almeida MA, Matoso TVF, Viana MAA, Rezende MBC, Bento MAF, et al. Limitação de esforço terapêutico na pessoa com lesão encefálica grave. *Rev. bioet.* (Impr.).2014;22(2):282-90.
13. Osman H, Shrestha S, Temin S, Ali ZV, Corvera RA, Ddungu HD, De Lima L, Del Pilar Estevez-Diz M, Ferris FD, Gafer N, Gupta HK, Horton S, Jacob G, Jia R, Lu FL, Mosoiu D, Puchalski C, Seigel C, Soyannwo O, Cleary JF. Palliative Care in the Global Setting: ASCO Resource-Stratified Practice Guideline. *J Glob Oncol*. 2018 Jul;4:1-24. doi: 10.1200/JGO.18.00026. PMID: 30085844; PMCID: PMC6223509.
14. Resolução CFM no1805/2006. Cons Fed Med [internet]. 2006. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>
15. Torres JH. Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia. In: Moritz RD (Org.). *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*. CFM; 2011. p. 157-85.
16. Maciel MGS. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado*. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 31-41.
17. Coradazzi AL, Inhaia CLS, Santana MTEA, Sala AD, Ricardo CP, Suadiciani CO et al. Palliative withdrawal ventilation: why, when and how to do it? *HPMIJ [Internet]*. 2019 [acesso 26 jul 2022];3(1):10-4. DOI: 10.15406/hpmij.2019.03.00141
18. Coradazzi ALT. Extubação paliativa. In: Coradazzi AL, Santana MTEA, Caponero R, organizadores. *Cuidados paliativos: diretrizes para melhores práticas*. São Paulo: MG; 2019. p. 193-202.
19. Affonseca CA, Carvalho LFA, Quinet RPB, Guimarães MCDC, Cury VF, Rotta AT. Palliative extubation: five-year experience in a pediatric hospital. *J Pediatr (Rio J)*. 2020 Sep-Oct;96(5):652-659. doi: 10.1016/j.jpmed.2019.07.005. Epub 2019 Sep 4. PMID: 31493370.

20. Hung YS, Lee SH, Hung CY, Wang CH, Kao CY, Wang HM, Chou WC. Clinical characteristics and survival outcomes of terminally ill patients undergoing withdrawal of mechanical ventilation. J Formos Med Assoc. 2018 Sep;117(9):798-805. doi: 10.1016/j.jfma.2017.09.014. Epub 2017 Oct 12. PMID: 29032021.
21. Comitê de Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos da AMIB e Comitê de Medicina Intensiva da ANCP. Recomendações para a integração precoce dos Cuidados Paliativos aos Cuidados Intensivos. Associação de Medicina Intensiva Brasileira e Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2022
22. Pezzini TR, Soares Fernandes P, Rosario Magalhães L, Bueno Merlini A. Extubação Paliativa: do Conceito ao Manejo – Uma Revisão Integrativa. JBMEDE [Internet]. 19º de janeiro de 2022 [citado 28º de julho de 2022];1(3):e21022. Disponível em: <https://jbmede.com.br/index.php/jbme/article/view/11>
23. Fehnel CR, Armengol de la Hoz M, Celi LA, Campbell ML, Hanafy K, Nozari A, White DB, Mitchell SL. Incidence and Risk Model Development for Severe Tachypnea Following Terminal Extubation. Chest. 2020 Oct;158(4):1456-1463. doi: 10.1016/j.chest.2020.04.027. Epub 2020 Apr 28. PMID: 32360728; PMCID: PMC7545486.
24. Louro B, Paiva BKR, Estevão A. Extubação Paliativa em Pacientes Terminais: Revisão Integrativa. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 25º de novembro de 2020 [citado 28º de julho de 2022];66(4):e-121098. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1098>
25. Ramazzotti D, Clardy P, Celi LA, Stone DJ, Rudin RS. Withholding or withdrawing invasive interventions may not accelerate time to death among dying ICU patients. PLoS One. 2019 Feb 14;14(2):e0212439. doi: 10.1371/journal.pone.0212439. PMID: 30763372; PMCID: PMC6375637.
26. K. Donoho et al. Compassionate extubation protocol to improve team communication and support in the neonatal intensive care unit. Journal of Perinatology (2021) 41:2355–2362.
27. Lago PM, Garros D, Piva JP. Participação da Família no Processo Decisório de Limitação de Suporte de Vida: Paternalismo, Beneficência e Omissão. Revista Brasileira de Terapia Intensiva Vol. 19 No 3, 2007.
28. Iglesias SBO, Zollner ACR, Constantino CF. Cuidados Paliativos Pediátricos. Artigo de Revisão. Vol 6 - Supl 1. 2016.



Documento assinado eletronicamente por **THAYANA LOUIZE VICENTINI ZOCCOLI - Matr.1687929-5, Referência Técnica Distrital (RTD) Cuidados Paliativos**, em 08/11/2022, às 16:16, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MELISSA GEBRIM RIBEIRO - Matr.1687783-7, Referência Técnica Distrital (RTD) Cuidados Paliativos-Colaborador(a)**, em 08/11/2022, às 16:31, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **HELIDA CELLES MULLER FERNANDES - Matr.0164834-9, Gerente de Serviços de Terapia Intensiva**, em 08/11/2022, às 18:11, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

---



Documento assinado eletronicamente por **RODRIGO DE SOUSA CONTI - Matr.1442267-0**, **Diretor(a) de Serviços de Internação**, em 11/11/2022, às 15:58, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

---



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA CARLONI GASPAR - Matr.0182832-0**, **Coordenador(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 14/11/2022, às 11:08, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

---



Documento assinado eletronicamente por **MAURICIO GOMES FIORENZA - Matr.0172201-8**, **Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 17/11/2022, às 07:43, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

---



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=99508173)  
verificador= **99508173** código CRC= **A0F33238**.

---

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF

---