



Protocolo de Atenção à Saúde

Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI

Área(s): Gerência de Serviços de Terapia Intensiva (GESTI-SESDF), com a colaboração das Unidades de Cuidados Paliativos do Hospital de Base do Distrito Federal e do Hospital de Apoio de Brasília

Portaria SES-DF Nº 418 de 04/05/2018, publicada no DODF Nº 94 de 17/05/2018.

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Pubmed, Scielo, Bireme, Lilacs, Cochrane, Web of Science, Scopus

1.2 Palavra(s) chave(s)

Cuidados Paliativos, Unidade de Terapia Intensiva, Dor, Comunicação, Bioética e seus correspondentes em língua inglesa

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

2007 a 04/2017; encontrados 211 artigos relevantes, 49 utilizados

2- Introdução

Nas últimas décadas tem ocorrido um envelhecimento progressivo da população, assim como o aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas. Em contrapartida, o avanço tecnológico, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, o que leva à longevidade dos

portadores dessas doenças. Apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura e a preservação da vida para que os profissionais da saúde são treinados¹.

Os pacientes sem possibilidade de tratamento modificador da doença acumulam-se nos hospitais e recebem, muitas vezes, assistência inadequada caracterizada por distanásia, focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, na maioria das vezes ignoram o sofrimento. Além disso, são ineficazes, muitas vezes por falta de conhecimento adequado, para o tratamento dos sintomas mais prevalentes, como a dor. Não se trata de cultivar uma postura contrária à medicina tecnológica, mas de tentar o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz¹.

Diante desse cenário, os Cuidados Paliativos se inserem como uma medida extremamente necessária. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, publicada em 1990 e revista em 2002, “**Cuidado Paliativo** é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças ameaçadoras da continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”^{1,2}.

Cuidados Paliativos não se baseiam em *protocolos*, mas sim em *princípios*^{1,2}:

- Promover o **alívio** da dor e de outros **sintomas** desagradáveis.
- **Afirmar a vida** e considerar a morte como um processo normal da vida.
- **Não acelerar nem adiar a morte**.
- Integrar os aspectos **psicológicos e espirituais** no cuidado do paciente.
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente **viver tão ativamente quanto possível** até o momento da morte.
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os **familiares** durante a doença do paciente e a enfrentar o **luto**.
- Garantir **abordagem multiprofissional** para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.
- **Melhorar a qualidade de vida** e influenciar positivamente o curso da doença.
- **Iniciar o mais precocemente** possível, juntamente com outras medidas terapêuticas.

Destaca-se que os Cuidados Paliativos resgatam a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, focando o cuidado na pessoa e não na doença, centrado na biografia e no respeito à autonomia, com ênfase na vida que ainda pode ser vivida. Além disso, considera-se mais adequado falar em *doença que ameaça a vida*, em vez de *doença terminal*. Também é mais adequado dizer possibilidade ou não de *tratamento modificador da doença* e não *impossibilidade de cura*, afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”, uma vez que sempre há um tratamento a ser oferecido para controlar os sintomas e o sofrimento do paciente e de seus familiares^{1,3,4}.

Cuidados Paliativos estão indicados para todos os pacientes (e familiares) com doença ameaçadora da continuidade da vida, em concomitância com os cuidados curativos, por qualquer diagnóstico, com qualquer prognóstico, seja qual for a idade, e a qualquer momento da doença em que eles tenham expectativas ou necessidades não atendidas. Sendo assim, Cuidados Paliativos podem complementar e ampliar os tratamentos modificadores da doença ou podem tornar-se o foco do cuidado, de acordo com os desejos e as necessidades individuais de cada paciente (figura 1)^{3,5}. Nesse contexto, indicam-se **Cuidados Paliativos em ambientes intensivos** a todos os pacientes com risco de morte e com sintomas que comprometam a qualidade de vida⁶.

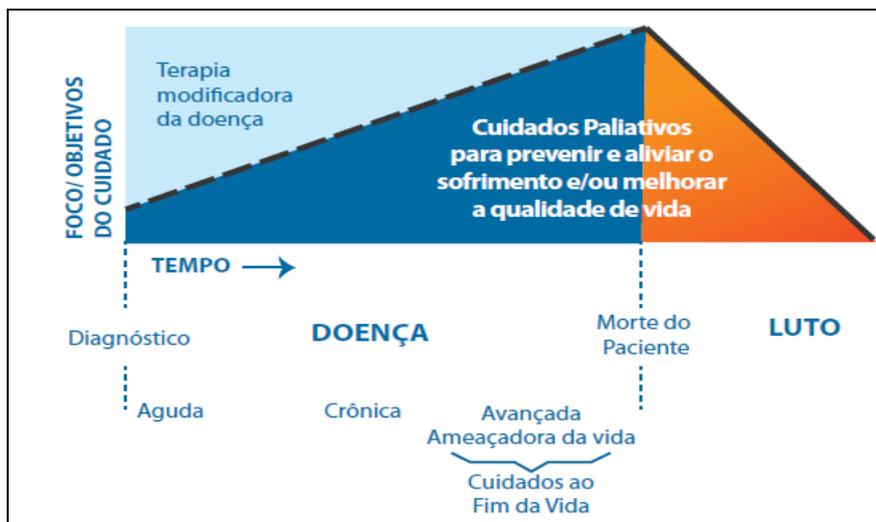


Figura 1: **Papel dos Cuidados Paliativos durante a doença e o luto.**

Fonte: Azevedo D, Tommaso ABG, Burlá C, Santos G, Dias LM, Py L, et al.

Vamos falar de Cuidados Paliativos. SBGG; 2015. 24 p.³

Desde 2004, várias declarações internacionais que definem os princípios dos cuidados no final da vida em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foram publicadas. Essas declarações discutem o desafio de evitar os excessos de tratamentos que prolonguem o sofrimento, em busca de uma cura inalcançável, e adiem a introdução de tratamentos que busquem conforto⁷⁻¹⁵.

Em 2011, a Câmara Técnica de Terminalidade e Cuidados Paliativos da Associação de Medicina Intensiva Brasileira promoveu o II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”, com o objetivo de elaborar recomendações pertinentes aos Cuidados Paliativos a serem prestados aos pacientes criticamente enfermos. Houve a participação de membros das Sociedades Brasileira (AMIB), Uruguia (SUMI) e Argentina (SATI) de Medicina Intensiva⁶.

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde, através da Aliança Mundial de Cuidados Paliativos, publicou um Atlas Global para Cuidados Paliativos no Fim da Vida. Este documento abrangente define prevalência, incidência, demografia e considerações de recursos sobre cuidados paliativos em todo o mundo, colocando o emergir de cuidados de fim de vida na UTI em perspectiva¹⁶.

Os objetivos tradicionais dos cuidados intensivos são reduzir a morbidade e a mortalidade associadas com a doença crítica, manter a função orgânica e restaurar a saúde. Além disso, os cuidados devem visar devolver aos pacientes funcionalidade e qualidade de vida aceitáveis para eles mesmos, em uma perspectiva individual, e reduzir deficiências. Em todos os momentos busca-se minimizar o sofrimento. Sendo assim, quando os objetivos tradicionais não podem mais ser atingidos, quando a disfunção orgânica de uma doença crítica desafia o tratamento ou quando o suporte à vida pode gerar resultados incongruentes com os valores do paciente, os profissionais de saúde da UTI devem assegurar-lhes dignidade e apoiar com compaixão o processo de morrer^{5,10,15}.

A definição de “morrer com dignidade” inclui a qualidade intrínseca do valor inerente ao ser humano e também qualidades externas de conforto físico, autonomia, significado, espiritualidade e relacionamento interpessoal. Preservar a dignidade, evitar danos e prevenir ou resolver conflitos são condições que devem fazer parte do cuidado aos pacientes no final da vida^{5,10,15,17}.

Na manutenção da dignidade é fundamental compreender as perspectivas únicas de cada paciente sobre o que dá sentido à vida em um ambiente repleto de dispositivos despersonalizantes. Além disso, para que seja oferecido cuidado paliativo de qualidade, supõe-se o respeito à autonomia do paciente e suas preferências em relação a situações de fim de vida. Central nesse contexto é o paciente ser capaz de compreender a informação para tomar decisões^{5,17,18}.

O Índice de Qualidade de Morte (*Death Quality Index*) foi desenvolvido para avaliar a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos cuidados paliativos e no fim de vida. Em 2015, 80 países foram avaliados, constituindo 85% da população mundial e 91% da população acima de 65 anos. As categorias avaliadas foram ambiente de saúde e cuidados paliativos, recursos humanos, acessibilidade ao cuidado, qualidade do cuidado e participação da sociedade. O Brasil ficou na 42ª posição¹⁹.

Obstáculos primários para melhor qualidade de morte no Brasil são o ambiente em cuidados de saúde e o acesso limitado a profissionais treinados em Cuidados Paliativos, especialmente fora das grandes cidades, uma vez que seu número é muito pequeno para a necessidade nacional. Médicos jovens estão sendo treinados para compartilhar diagnóstico e prognóstico com o paciente. Entretanto, médicos antigos ainda evitam a discussão sobre morte e veem seu papel como essencialmente curativo²⁰. O Cuidado Paliativo no Brasil teve seu início na década de 1980 e teve crescimento significativo a partir do ano 2000, com a consolidação de serviços já existentes, pioneiros, e a criação de outros¹.

Na luta mundial para lidar com o aumento nos custos com saúde, os Cuidados Paliativos podem ser um caminho mais custo-efetivo para manejar as necessidades da população, já que, mesmo sem grandes investimentos financeiros, muitos avanços podem ser alcançados: o conhecimento sobre um bom controle da dor e sobre comunicação empática pode transformar muitas mortes¹⁹.

O conhecimento dos Cuidados Paliativos deve fazer parte do bom atendimento aos pacientes críticos desde sua internação, o que torna de primordial importância a educação e o treinamento dos intensivistas para a implantação destes cuidados nas UTIs^{6,10,18,21}. Dentre as competências a serem desenvolvidas estão²¹:

- Cuidado do paciente mantendo conforto e dignidade. Tais cuidados devem incorporar avaliação regular e bom controle de dor e outros sintomas.
- Comunicação oportuna, clara e compassiva da equipe multiprofissional com pacientes e suas famílias.
- Tomada de decisão considerando preferências e valores dos pacientes.
- Identificação e respeito pelas Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes.
- Limitação ou suspensão de procedimentos terapêuticos fúteis.
- Apoio interdisciplinar às famílias durante a doença crítica e, às famílias dos pacientes que morreram na UTI, no período de luto.

Bioética, terminalidade da vida e cuidados paliativos na UTI

A Medicina Intensiva se destina a diagnosticar e tratar pacientes em iminente risco de morte, porém com agravos potencialmente reversíveis. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas, entretanto, pacientes agudamente enfermos podem evoluir com falência de múltiplos órgãos e sistemas, dentro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além disso, as UTIs passaram a receber, também, pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas com intercorrências clínicas as mais diversas e que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se, para os últimos, com frequência, alcança-se plena recuperação, para os crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário: adiamos a morte às custas de insensato e prolongado sofrimento para o paciente e sua família, subestimando o conforto do paciente^{4,6,22}.

Atualmente existe enorme arsenal de equipamentos para manutenção de variáveis vitais, que oferecem aos profissionais de saúde a possibilidade de adiar por longo período o momento da morte. Cresceu enormemente o poder de intervenção do médico sem que ocorresse simultaneamente uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos. A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduz à obstinação terapêutica: um fenômeno sociocultural com causas múltiplas, como a medicalização da vida, a carência da educação tanatológica, as irreais expectativas de cura que a própria medicina incute na sociedade, as perspectivas derrotistas quanto à superveniência da morte e até mesmo motivos econômicos. Sendo assim, cada vez mais, os

profissionais convivem com o dilema de quando **não** utilizar toda a tecnologia disponível, entre salvar a vida ou prolongar a morte^{4, 6, 22-24}.

A luta contra a morte, obstinada e sem limites, em quaisquer circunstâncias, não pode mais ser considerada como um dever absoluto dos médicos, que, antes, devem compreender a dimensão da existência e da dignidade humana diante dos limites da medicina e da ciência^{23,24}. A limitação do tratamento considerado fútil 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 de supremas cortes de diferentes países, como Canadá, Estados Unidos e Reino Unido^{4,22}.

Infelizmente, ainda se desconhece que entre o “fazer tudo” e o “não fazer nada” existe um espectro de condutas possíveis, mais ou menos invasivas, a depender da individualidade e da biografia de cada paciente, baseadas nos princípios bioéticos de *autonomia*, *justiça*, *beneficência* e *não maleficência*, visando seu conforto e qualidade de vida¹. O objetivo é cuidar dos pacientes de uma maneira que seja consistente com seus valores em um momento de incomparável vulnerabilidade, quando raramente eles conseguem falar por si mesmos. Em questão está o que cada paciente estaria disposto a sofrer para uma dada probabilidade de sobrevivência e qualidade de vida⁵.

Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa requerem conhecimento técnico refinado, aliado à percepção do ser humano como agente de sua história de vida. Observa-se o paciente como um ser *biográfico*, mais do que um ser simplesmente *biológico*, e determinante do seu próprio curso de adoecer e morrer. Valoriza-se a história natural da doença, a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante do adoecer²⁵. Inevitavelmente cada vida humana chega ao seu final: assegurar que esta passagem ocorra de forma digna, com cuidados e conforto, buscando-se o menor sofrimento possível é a proposta dos Cuidados Paliativos²².

➤ **Conceitos e definições**

- Bioética: estudo sistemático da conduta humana, na área das ciências da vida e dos cuidados de saúde, quando se examina esse comportamento à luz dos valores e dos princípios morais. Tem maior abrangência que a ética, pois exige uma discussão ampla que inclui também valor e moral⁴.
 - Valor: aquilo que vale, em termos de preferência ou seleção, em um determinado momento para um determinado grupo⁴.
 - Moral: sistema de valores, do qual resultam normas que são consideradas corretas para uma determinada sociedade. Moral e ética são preceitos básicos que regem os atos e as decisões de um indivíduo no decorrer de sua vida⁴.
 - Ética: o modo de cada indivíduo viver na sociedade, a forma como interpreta a vida e dá resposta a ela. Ao contrário da moral, a ética não estabelece regras: a elaboração ética implica indagação, análise e reflexão crítica sobre os valores⁴.
- Terminalidade da vida: quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível^{26,27}.
- Fase final de vida (fim de vida): aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico pode ser definido em dias a semanas⁴.
- Eutanásia: quando, por misericórdia ou piedade, o agente realiza uma “ação” causadora da morte^{23,24}.

- eutanásia ativa”: o agente mata outrem por piedade (pratica uma conduta de ação)^{23,24};
 - “eutanásia passiva”: o agente, omitente, deixa alguém morrer por piedade (trata-se de omissão relevante; o agente tem possibilidade e dever de evitar a morte, mas nada faz para evitá-la)^{23,24}.
- Suicídio assistido: quem causa a morte é a própria pessoa, que se mata com o auxílio indireto de terceiros. Assim, se o médico fornece uma substância letal ao doente, que a ingere ou a injeta no próprio corpo, morrendo em decorrência dessa prática (suicídio), a conduta do médico, comissiva, será enquadrada no tipo do artigo 122 do Código Penal (auxílio ao suicídio)^{23,24}.
 - Obstinação terapêutica: adotar ou manter procedimentos terapêuticos fúteis, cujos efeitos são mais nocivos do que o próprio mal a ser curado, ou inúteis, os quais não garantem benefícios aos pacientes, pois a cura é impossível. Por gerarem ainda mais sofrimentos, violam a dignidade humana^{4,22-24}.
 - Adequação de Medidas ou Limite do Esforço Terapêutico: condutas médicas restritivas, em que se limita o uso de certos recursos, por serem inadequados ou inúteis⁴.
 - 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. É ilícita, é inaceitável e pode mesmo caracterizar uma conduta criminosa, sujeita a responsabilidade civil e criminal, pelas lesões corporais, pelo constrangimento ilegal, pela tortura e pelo tratamento cruel que impuser ao paciente e, também, à sua família^{23,24}.
 - Ortotanásia: “boa morte”, natural, justa, sem sofrimentos. O início do processo natural da morte, se inevitável, deve ser respeitado. Procedimento absolutamente lícito e ético^{23,24}.
 - Diretivas Antecipadas de Vontade: conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (**Resolução CFM** 1995/2012, Art. 1º)²⁹.

➤ Aspectos Jurídicos

Primeiramente, é preciso ressaltar que as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) tem força de lei entre a classe médica³⁰.

Código de Ética Médica, 2010: eutanásia

Artigo 41. “É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal³¹.”

Quem pratica a eutanásia “mata alguém”, ou seja, realiza uma conduta de ação, que se tipifica no artigo 121 do Código Penal²⁸. O fato é típico: trata-se de homicídio. De acordo com o artigo 41 do Código de Ética Médica³¹, a eutanásia, exatamente por ser um homicídio sob o

aspecto jurídico-penal, também é condenável no âmbito ético da Medicina. Apesar da diferença entre “eutanásia ativa” e “eutanásia passiva”, nos dois casos haverá crime de homicídio (homicídio por ação e homicídio por omissão); nos dois casos poderá ficar caracterizado o “homicídio privilegiado”, nos termos do artigo 121, parágrafo 1º do Código Penal²⁸; e nos dois casos o criminoso, sendo condenado, poderá ser beneficiado por uma diminuição de pena^{23,24}.

Em alguns países a eutanásia é legalizada, o que, contudo, não acontece no Brasil: essa continua sendo uma conduta que se enquadra no tipo do homicídio^{24,25,28,31}.

Código de Ética Médica, 2010: distanásia

Artigo 41, Parágrafo único: *“Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis **sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas**, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal⁶¹.”*

A obstinação terapêutica é estimulada pela prática de uma “medicina defensiva”, consistente na adoção de todos os recursos e procedimentos disponíveis, ainda que sabidamente inúteis e desnecessários, muitas vezes com o objetivo de fazer prova de uma boa atuação profissional^{23,24}.

No caso do doente terminal, em face de uma doença incurável, os aparelhos de suporte são ligados ou mantidos, não para evitar a morte, que é inevitável, irreversível e inexorável, mas, sim, para manter a vida artificialmente. Os procedimentos e tratamentos não têm nenhum sentido curativo. Portanto, não há dever de manter esses procedimentos e não se pode dizer que o médico deu causa à morte do paciente quando os suspendeu ou limitou. Juridicamente, não se pode dizer que o médico matou o paciente. Não há como falar em homicídio. Portanto, a conduta omissiva do médico (omissão terapêutica ou interrupção do procedimento artificial) é perfeitamente adequada ao ordenamento jurídico e não viola o preceito proibitivo do artigo 121 do Código Penal (“não matará”)²⁸. E só isso bastaria para justificar juridicamente o desligamento dos aparelhos ou mesmo a decisão de não ligá-los^{23,24}.

A suspensão de tratamentos fúteis não promove a morte e sim, evita que o morrer seja prolongado às custas de enorme sofrimento⁴. Juridicamente, no Brasil, nos casos em que o médico insistir em manter qualquer procedimento inócuo, artificioso e gravoso para um paciente fora de possibilidade de tratamento modificador da doença e o expuser a dor e sofrimento, contrariando sua vontade, será configurada a censurável distanásia. Assim, o médico também estará sujeito a responder, no âmbito da responsabilidade civil e criminal, pelas lesões corporais, pelo constrangimento ilegal, pela tortura e pelo tratamento cruel que impuser ao paciente e, também, à sua família^{23,24}.

O inciso III do artigo 5º da Constituição Federal de 1988 dispõe, expressamente, que **“ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”**³². E não se olvide que o Brasil também ratificou a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes e a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura. Incorporou, ainda, esses instrumentos internacionais de defesa dos Direitos Humanos ao nosso sistema jurídico, conferindo-lhes, inclusive, natureza constitucional^{23,24}.

Finalmente, também não é possível falar em dever de manter os mencionados tratamentos inúteis e gravosos para o paciente terminal com doença incurável, porque cabe ao médico, por dever ético, respeitar os princípios fundamentais da bioética^{23,24,31}:

- princípio da “autonomia”: é imprescindível o consentimento do paciente para qualquer procedimento ou tratamento e não é admissível a decisão médica isolada; a decisão sempre há de ser compartilhada;
- princípio da “justiça”: se a ciência não pode evitar a morte, é justo interromper um procedimento artificial, posticho, que implica em sofrimento;

- princípio da “beneficência”: cabe ao médico fazer o bem para o paciente e para a sua família, o que afasta a possibilidade de uso indiscriminado e abusivo da tecnologia para preservar a vida a qualquer custo; e
- princípio da “não maleficência”: cabe ao médico não fazer o mal e, assim, evitar o sofrimento do paciente e o prolongamento inútil de procedimentos gravosos.

Resolução CFM 1805/2006: ortotanásia

Artigo 1º: “É permitido 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 legal³³.”

Código de Ética Médica, 2010: ortotanásia

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS – XXII: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os **cuidados paliativos apropriados**³¹.”

Dando o primeiro passo no caminhar em busca de uma solução ética para o enfrentamento da postura médica diante da “terminalidade da vida”, a Resolução CFM n.º1.805/2006³³, 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^{23,24}.

A hipótese prevista na Resolução CFM nº 1.805/2006³³ e no parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica de 2010³¹ é a de que **o doente é terminal e a enfermidade é incurável; a morte é materialmente inevitável; não há esperada reversibilidade e não existe possível transitoriedade**; logo, nessa situação restrita e específica, se o médico **limita ou suspende procedimentos e tratamentos destinados exclusivamente a prolongar a vida** desse doente, não está praticando uma ação dirigida a causar a sua morte e não está praticando “eutanásia”, mas, apenas e tão somente, está praticando uma omissão de **assistência inútil**. E essa omissão não é relevante para o direito penal, diante da irreversibilidade da doença e da inevitabilidade da morte. Essa é a situação que caracteriza nitidamente a “**ortotanásia**”, que não tipifica o crime de homicídio e que não é, portanto, criminosa^{23,24}.

Na realidade, no que diz respeito ao doente terminal acometido de doença incurável, diante da impossibilidade terapêutica da cura, não há dever de curar, nem de salvar, mas, sim, apenas e tão somente, “dever de cuidar”. Diante disso, é necessário garantir ao paciente todos os “tratamentos e Cuidados Paliativos” cabíveis e disponíveis para aliviar a sua dor, proporcionando-lhe condições para que prossiga, naturalmente, sem sofrimento e sem dor, o caminho da vida até o “mundo dos mortos”, pelas veredas da paz e da dignidade^{23,24}.

Resolução CFM 1995/2012: Diretivas Antecipadas de Vontade e autonomia do paciente

“**CONSIDERANDO** que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo; (...)

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente²⁹.”

Código de Ética Médica, 2010: autonomia do paciente

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS – XXI: “No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas³¹.”

Ministério da Saúde – Portaria nº1820, de 13 de agosto de 2009: autonomia do paciente

Direitos dos usuários, Artigo 4º:

“IX - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha;

X - a escolha do local de morte;

XI - o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto³⁴.”

Direitos dos usuários, Artigo 5º:

“V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais;

VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia³⁴.”

Ministério da Saúde - Portaria nº 675/GM, de 30 de março de 2006: autonomia do paciente

Direito do usuário:

ARTIGO 4º, inciso V: “o consentimento ou a recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isto acarretar risco à saúde pública³⁵”.

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, 2005: autonomia e responsabilidade individual

Artigo 5: “Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia³⁶.”

Estatuto do Idoso, 2017: autonomia do paciente

Art. 17. “Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interdito;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público³⁷.”

Lei Orgânica da Saúde, 1990: autonomia do paciente

Artigo 7º “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (...), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

III: preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral⁸⁸;

Soberania e dignidade são direitos assegurados no Artigo 1º da **Constituição Brasileira**³², mas muitas vezes são ignorados em casos de pacientes com doenças que ameaçam a vida. Não raro, os medos da família e a insegurança dos médicos acabam se sobrepondo ao que o paciente deseja para o final de vida. Além disso, atualmente, a arte do cuidar parece ter sido abandonada em função de uma ciência que exige exatidão, eficácia e resultados para vencer as doenças, uma ciência que diante da morte se sente fracassada. O conceito de diretivas antecipadas de vontade emergiu em resposta ao avanço tecnológico e ao tratamento médico agressivo empregados em situações ambíguas, como no caso de um prognóstico ruim^{39,40}.

O Artigo 15 do **Código Civil** diz que: “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”⁴¹. Como consequência os médicos devem informar aos pacientes sobre os riscos do tratamento, bem como lhes informar grau, extensão e consequências de suas enfermidades. A questão que se põe, fixada tal premissa, é a de que o paciente tem o direito de não querer ser submetido ao tratamento, preferindo correr os riscos da morte por causa da doença, no lugar de correr os riscos de morte por causa do tratamento⁶. A resolução CFM 1995/2012²⁹ efetivamente reconhece o direito de o paciente recusar tratamentos fúteis ou inúteis por meio das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), fornecendo suporte ético e legal para que os profissionais da saúde respeitem a autonomia do paciente^{3,30}.

As **Diretivas Antecipadas de Vontade** podem ser constituídas pelo testamento vital e pelo mandato duradouro. Ambos os documentos serão utilizados quando o paciente não puder se expressar livre e conscientemente. A coexistência do mandato duradouro e do testamento vital em um único documento é possível e salutar para o paciente^{30,40,42}:

- **Testamento vital:** documento em que uma pessoa capaz pode registrar a quais tratamentos deseja ou não ser submetida em caso de enfermidade incurável, visando assegurar o seu direito de morrer com dignidade, de acordo com suas concepções pessoais, num momento em que esteja incapaz de expressar sua vontade.
- **Mandato duradouro:** documento no qual o paciente nomeia um ou mais procuradores que devem ser consultados pelos médicos, no caso de incapacidade temporária ou definitiva do paciente, para tomar alguma decisão sobre tratamento ou procedimento. Pode ser aplicado quando não houver manifestação prévia de vontade ou, em havendo, se nesta há lacuna que impeça a plena compreensão por parte de

quem atende ao paciente. Saliente-se que o procurador de saúde decidirá com base na vontade do paciente.

As DAV podem, ainda, ser divididas em dois subgrupos⁴⁰:

- *Afirmação de valor*: descreve as preferências gerais e os valores do paciente em relação ao tratamento médico de modo geral, mas não trata de formas específicas de tratamento ou enfermidade.
- *Instrução diretiva*: expressa a preferência ou recusa por determinado tratamento médico no contexto de determinada doença.

As DVA devem integrar um processo que propicie um diálogo aberto entre familiares, médicos e o paciente, de maneira a refletir as reais necessidades, crenças, valores, metas de cuidado e preferências do paciente. Elas declaram como o indivíduo deseja que se desenvolva o processo de morrer e registram se permite intervenções clínicas como suporte de vida quando não existem expectativas de recuperação. Notificam também sobre o desejo de receber cuidados e tratamentos que irão paliar a dor e sintomas desagradáveis, ressaltando-se que nesse processo é importante uma boa comunicação e que os profissionais de saúde informem e aconselhem adequadamente seus pacientes⁴⁰.

As dificuldades dos familiares em aderir às DAV estão ligadas à dificuldade de prever o que poderá acontecer ou à dificuldade de saber como atuar, pela inexistência de comunicação com os pacientes sobre seus desejos, acarretando conflitos. Familiares que conversaram, de modo esclarecedor e sincero com os pacientes sobre seu prognóstico e opções de tratamento, cumpriram posteriormente as DAV. Além disso, familiares enlutados indicam que a DAV lhes resultou menos preocupações quanto às condutas a serem realizadas, aumentando a utilização de cuidados paliativos. Mais uma vez, destaca-se a necessidade de uma boa comunicação prévia com pacientes e familiares⁴².

Os principais efeitos positivos das DAV se relacionam com realizar o desejo do paciente por tratamentos menos invasivos, predominantemente paliativos, no final de vida; facilitar as discussões sobre final de vida e morte; ajudar no alcance de um consenso e fornecer clareza para outros membros da equipe multiprofissional e familiares com relação ao cuidado; além de propiciar a diminuição de sentimento de culpa e indecisão dos familiares. Poucos efeitos negativos foram descritos, entre eles o fato de haver situações em que o cuidado do paciente teve que ser transferido para outra equipe médica, devido a conflitos entre as convicções dos profissionais com aquelas expressas na DAV^{30,40}.

As DAV são facultativas e poderão ser elaboradas, modificadas, ajustadas ou revogadas em qualquer momento da vida, considerando que circunstâncias, valores e opiniões podem ser modificados. Portanto, deve-se oferecer, regularmente, oportunidade aos pacientes de atualizarem suas preferências, especialmente quando a saúde piorar^{3,40,42}. De acordo com a resolução CFM 1995/2012²⁹, o registro da DAV pode ser feito pelo médico no prontuário do paciente, desde que autorizado por este. Não são exigidas assinaturas em testemunhas, haja vista que o médico, em razão de sua profissão, possui fé pública e seus atos têm efeito legal e jurídico⁴⁰. Caso a pessoa deseje, pode registrar suas diretivas antecipadas de vontade em cartório com testemunhas³.

Alguns autores observam que as DAV talvez não sejam apropriadas para todos: os pacientes que se beneficiariam das diretivas seriam aqueles em risco de perder a capacidade de decisão (ex. pacientes com demência, fragilidade, antecedente de Acidente Vascular Cerebral) e aqueles que estão distantes do núcleo familiar ou que não o possuem. Nesse contexto destaca-se a abordagem denominada **Planejamento Antecipado do Cuidado**, que redireciona o foco de simplesmente o paciente expressar preferências ou recusas por determinadas intervenções para as metas do cuidado. O planejamento é baseado nos valores e preferências sobre a qualidade de vida atual ou em situação de saúde previsível (como doença ameaçadora da vida), considerando os benefícios esperados dos tratamentos de suporte de vida. Esses valores e preferências são então comunicados aos familiares próximos ou representantes em potencial, que tomarão as decisões quando necessário. O último passo é documentá-los por meio das diretivas antecipadas⁴⁰.

3- Justificativa

Ainda que se multipliquem equipamentos e recursos terapêuticos para prolongar mais e mais a vida, por mais que as pessoas se iludam com a ideia da imortalidade neste mundo de impermanência, a morte será sempre uma possibilidade. Não há como ignorá-la. Por outro lado, o conceito de “qualidade de vida” inclui, em seus parâmetros, a “qualidade de morte”. Aproximadamente metade dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) morrerão durante a internação e em alguns países quase um quinto do número total das mortes de adultos ocorrem em uma UTI²¹.

“Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva”: para uns, um paradoxo; para outros, a possibilidade de exercer a ética em sua plenitude, de morrer sem sofrimento, sem medidas extraordinárias, inúteis ou fúteis, atingindo o máximo de respeito ao ser humano no fim da vida⁴³.

A partir da década de 1950, o desenvolvimento de técnicas artificiais de manutenção da vida e / ou de substituição de órgãos em UTI modificou a definição de morte de um evento súbito e inesperado para um processo parcialmente controlado. Cresceu, porém, o poder de intervenção do médico sem que ocorresse, simultaneamente, uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos pacientes⁴⁴. Esse cenário se deve a uma formação tecnicista, que não prepara o profissional para individualizar as condutas e usar as diretrizes e consensos como direcionamento, mas sim como verdades inquestionáveis a serem seguidas.

Nossas UTIs passaram a receber, então, pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis, com as mais diversas intercorrências clínicas e que são contemplados com os mesmos cuidados que os pacientes agudamente enfermos. Somos expostos à dúvida sobre o real significado da vida e da morte. Até quando avançar nos procedimentos de suporte vital? Em que momento parar e, sobretudo, guiados por quais modelos de moralidade? Despreparados para a questão, passamos a praticar uma medicina que subestima o respeito ao paciente portador de enfermidade ameaçadora da vida, impondo-lhe longa e sofrida agonia. Adiamos a morte às custas de insensato e prolongado sofrimento para o paciente e sua família⁴⁴.

O envelhecimento da população, o constante desequilíbrio entre a demanda e oferta de leitos hospitalares, especialmente leitos de Terapia Intensiva, além do dever de respeitar a autonomia do paciente, contextualizam a necessidade de regulamentações quanto aos cuidados de pacientes com baixa probabilidade de recuperação. A doença interrompe o projeto de vida da pessoa, gerando a necessidade de uma provisão de cuidados para recuperar sua capacidade e viver da melhor maneira possível ao longo da experiência da doença. Para responder a essa necessidade, é preciso uma combinação de intervenções terapêuticas apropriadas, que têm por objetivo o controle de sintomas, com práticas de alívio do sofrimento e de melhora da qualidade de vida³.

Os pacientes críticos são frágeis, tem elevado risco de mortalidade e seu prognóstico imediato é frequentemente incerto. Além disso, são submetidos a procedimentos invasivos desagradáveis, sofrem de dor e desconforto, e são altamente dependentes. Os membros da família, sob pressão, também são envolvidos nos processos de tomada de decisão. Nestas circunstâncias, os princípios dos Cuidados Paliativos são fundamentais²¹.

Não resta dúvida sobre a importância da educação e do treinamento dos profissionais para a implantação de Cuidados Paliativos nas UTIs, cuidados esses que podem levar a diminuição do tempo de internação e a melhor qualidade do atendimento⁶.

A proposta desse material é nortear as prioridades de cuidado para pacientes críticos adultos admitidos em Unidades de Terapia Intensiva por meio dos princípios dos Cuidados Paliativos, através de:

- Sensibilização dos profissionais que cuidam de pacientes críticos, especialmente em ambiente de Terapia Intensiva, sobre a importância dos Cuidados Paliativos.
- Estabelecimento de ações e critérios para nortear identificação, avaliação e cuidados de pacientes críticos, especialmente os internados em Terapia Intensiva.
- Criação de ambiente propício para decisões compartilhadas sobre tratamento em pacientes em final da vida.
- Respeito à autonomia do paciente e, quando existentes, às Diretivas Antecipadas de Vontade.
- Possibilidade de suspensão ou não introdução de medidas fúteis para pacientes em final da vida, visando a prática da ortotanásia.]

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

[Z51.5 – cuidado paliativo]

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

Segundo a Resolução CFM Nº 2.156/2016: “Entende-se como paciente crítico aquele que apresenta instabilidade de um ou mais sistemas orgânicos, com risco de morte, necessitando de suporte para as disfunções orgânicas, tais como ventilação mecânica, hemodiálise e suporte circulatório mecânico, e ainda os pacientes sem nenhuma falência orgânica, mas com alto risco de descompensação e que, por esse motivo, necessitem de vigilância e monitoração contínuas⁴⁵.”

Os serviços de tratamento intensivo têm por objetivo prestar atendimento a pacientes graves e de risco, com probabilidade de sobrevida e recuperação, que exijam assistência médica ininterrupta, além de recursos tecnológicos e humanos especializados⁴⁵.]

6- Critérios de Inclusão

A tendência atual é de que todos os pacientes com doenças que ameacem a vida recebam de forma precoce e integrada cuidados curativos e paliativos, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades e os desejos dos pacientes e de seus familiares. Estas formas de cuidado não se anulam, podendo ser complementares no cuidado ao paciente em situações de risco de vida e de sua família⁶. Sendo assim, sugere-se que:

- Todos os pacientes adultos internados em UTI sejam contemplados com a abordagem proposta por esta diretriz.]

7- Critérios de Exclusão

- Pacientes que preencherem critérios para entrar em protocolo de morte encefálica.
- Pacientes internados em assistência domiciliar, como Home Care.]

8- Conduta

Em UTI, a integração entre os cuidados paliativos e os curativos desde o momento da admissão é ressaltada com crescente importância, na busca de um atendimento de qualidade.

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. Para isto, alguns fatores devem ser considerados⁶:

- biológicos (gravidade, prognóstico, tratamentos disponíveis para a doença),
- éticos (equilíbrio entre justiça, beneficência e não maleficência) e
- pessoais ou culturais (autonomia, valores e preferências do paciente).

Alguns critérios auxiliam na definição do status de terminalidade⁴:

- História natural da doença ou grupo de doenças;
- Capacidade funcional, fragilidade, situação nutricional;
- Internações prévias em UTI;
- Progressão da doença, apesar do tratamento instituído;
- 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.

A UTI é um setor hospitalar de alta complexidade, onde se agregam recursos humanos e materiais para realizar suporte avançado de vida em situações críticas e no qual o objetivo é reverter os quadros clínicos graves e propiciar o restabelecimento da condição de saúde do paciente crítico. As intervenções de suporte à vida consistem nas correções de disfunções orgânicas, comumente realizadas na UTI, como ventilação mecânica, terapia de substituição renal (hemodiálise), suporte circulatório mecânico (balão intra-aórtico, oxigenação por membrana extracorpórea - ECMO), suporte hemodinâmico com vasopressores e/ou inotrópicos e manobras de reanimação cardiorrespiratória⁴⁵.

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 cuidado⁴.

Outro ponto que merece destaque é a falta de critérios adequados de triagem para admissão na UTI. É muito comum a admissão na UTI de pacientes em condições muito graves e com baixa perspectiva de benefício, submetidos muitas vezes a intervenções de suporte a diferentes disfunções orgânicas, inúteis ou obstinadas, que podem contribuir para prolongar o processo de morte natural e com maior sofrimento dos pacientes. Ademais, pacientes com doença incurável e em fase terminal usualmente não se beneficiam do tratamento em UTI e podem ser tratados com dignidade em outras unidades de internação (enfermaria, unidades intermediárias e unidades de cuidados paliativos)⁴⁵.

➤ **Abordagem inicial: identificar pacientes com maior probabilidade de necessidade de Cuidados Paliativos em UTI**

Pela própria definição da OMS², os Cuidados Paliativos devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença ameaçadora da vida. Desta forma, estabelece-se o cuidado do paciente em diferentes momentos da evolução da sua doença, utilizando recursos diagnósticos e terapêuticos de forma hierarquizada, levando-se em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados^{1,6}.

Além disso, uma abordagem precoce também permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes às doenças de base. Uma boa avaliação, embasada nos exames necessários, além da definição da funcionalidade do paciente, são indispensáveis para a elaboração de um plano integral de cuidados, adequado a cada caso e adaptado a cada momento da evolução da doença¹.

O NECPAL CCOMS-ICO é uma ferramenta para identificar pacientes com doenças crônicas avançadas que necessitam de Cuidados Paliativos dentro dos serviços de saúde. É um direcionamento, e deve ser usada sempre atrelada ao bom senso e à avaliação subjetiva da equipe assistente. As figuras 2 e 3 mostram indicadores clínicos para identificar pacientes com maior probabilidade de necessidade de implementação de Cuidados Paliativos em UTI⁴⁶.

Questão intuitiva que integra comorbidades, aspectos sociais e outros fatores:	
Você se surpreenderia se este paciente morresse nos próximos 12 meses?	SIM () NÃO ()
O paciente com doença avançada ou o principal cuidador solicitou tratamento exclusivamente paliativo ou de conforto? Eles sugeriram Limitação do Esforço Terapêutico ou rejeitaram tratamentos específicos ou com fins curativos?	SIM () NÃO ()
A equipe assistente identificou necessidade de Cuidados Paliativos?	SIM () NÃO ()
INDICADORES CLÍNICOS GERAIS (qualquer 1 dos seguintes indicadores, nos últimos 6 meses)	
Declínio Nutricional: Perda de peso > 10%	SIM () NÃO ()
Declínio Funcional: Declínio de > 30% na Escala de Performance Paliativa (PPS)	SIM () NÃO ()
Declínio Cognitivo: Declínio no Mini Exame do Estado Mental (se possível avaliar) OU Declínio cognitivo prévio	SIM () NÃO () SIM () NÃO ()
Dependência acentuada: Escala de Performance Paliativa (PPS) < 50%	SIM () NÃO ()
Sinais e sintomas geriátricos recorrentes ou persistentes (dados prévios): Quedas Infecções Disfagia Úlceras por pressão Delirium	SIM () NÃO () SIM () NÃO ()
Sintomas persistentes: Dor Náuseas / Vômitos Dispneia Caquexia / Hiporexia Fadiga Sonolência / Insônia	SIM () NÃO () SIM () NÃO ()
Condições psicossociais prévias: Ansiedade Depressão Vulnerabilidade social	SIM () NÃO () SIM () NÃO () SIM () NÃO ()
Múltiplas morbidades prévias: > 2 morbidades crônicas (lista específica de indicadores)	SIM () NÃO ()
Uso de recursos: > De 2 internações não planejadas nos últimos 6 meses	SIM () NÃO ()

Figura 2: **Indicadores clínicos para identificar pacientes com maior probabilidade de necessidade de implementação de Cuidados Paliativos em UTI.** Adaptado para contexto de Terapia Intensiva de NECPAL CCOMS-ICO, 2016⁴⁶.

LISTA ESPECÍFICA DE INDICADORES (morbidades prévias)	
<p>DOENÇA NEOPLÁSICA:</p> <p>Câncer metastático (estágio IV e estadios III nos casos de pulmão, pâncreas, estômago e esôfago) que apresentam baixa resposta ou contraindicação a tratamento específico</p> <p>Progressão durante o tratamento ou metástases para órgãos vitais (SNC, fígado, pulmão)</p> <p>Sintomas refratários (persistência apesar de tratamento otimizado)</p>	<p>CIRROSE HEPÁTICA AVANÇADA:</p> <p>Classificação Child C</p> <p>Ascite refratária a diuréticos</p> <p>Síndrome hepatorenal</p> <p>Hemorragia digestiva alta devido à hipertensão portal com falha de resposta ao tratamento farmacológico e endoscópico</p> <p>Carcinoma hepatocelular estadios C ou D</p>
<p>DOENÇA CARDÍACA CRÔNICA:</p> <p>Insuficiência cardíaca estágio III ou IV da NYHA (<i>New York Heart Association</i>), doença valvar grave NÃO operável ou doença coronariana NÃO operável</p> <p>Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços</p> <p>Ecocardiografia mostrando FE < 30% ou hipertensão pulmonar grave (> 80 mmHg)</p> <p>Insuficiência renal associada (TFG < 30 L/min)</p>	<p>DOENÇA PULMONAR CRÔNICA:</p> <p>Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços</p> <p>Sintomas apesar de otimização terapêutica</p> <p>Crterios de gravidade pela espirometria: VEF1 < 30% ou CVF < 40% / DLCO < 40%</p> <p>Oxigenioterapia domiciliar</p> <p>Insuficiência cardíaca sintomática (cor pulmonale)</p> <p>Admissões hospitalares recorrentes (> 3 intimações em 12 meses devido a exarbações de DPOC)</p>
<p>DOENÇA NEUROLÓGICA MOTORA (Doença do Primeiro Neurônio Motor, Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, Doença de Parkinson):</p> <p>Deterioração progressiva da função física e/ou cognitiva, apesar de terapia adequada</p> <p>Sintomas complexos e difíceis</p> <p>Problemas de fala com dificuldade crescente de comunicação</p> <p>Disfagia progressiva</p> <p>Pneumonia por aspiração recorrente / frequente dispneia ou insuficiência respiratória</p>	<p>DOENÇA VASCULAR CEREBRAL CRÔNICA:</p> <p>Fase aguda (< 3 meses após o Acidente Vascular Cerebral): persistência de rebaixamento do nível de consciência</p> <p>Fase crônica (> 3 meses após o Acidente Vascular Cerebral): complicações clínicas recorrentes</p> <p>Demência Vascular em fase grave</p>
<p>DEMÊNCIA:</p> <p>Progressão de declínio funcional, nutricional ou cognitivo</p>	<p>FRAGILIDADE:</p> <p>Avaliação Geriátrica Ampla sugerindo piora da fragilidade</p>

Figura 3: Lista específica de indicadores clínicos para identificar pacientes com maior probabilidade de necessidade de implementação de Cuidados Paliativos em UTI. Adaptado para contexto de Terapia Intensiva de NECPAL CCOMS-ICO, 2016⁴⁶.

➤ Tomada de decisão sobre as prioridades de cuidado

O “bem do paciente” é um conceito complexo e as decisões são mais do que simples escolhas técnicas e envolvem uma complexa relação entre equipe multiprofissional, com seus conhecimentos específicos em cada uma de suas áreas do saber, e os pacientes e seus familiares, com suas particularidades: biografias, valores, desejos e preferências¹⁸.

Existe um espectro de modelos de decisão baseados na relação médico-paciente, onde um extremo constitui o modelo paternalista e o outro o modelo informativo; entre ambos, existem diversos graus de **decisão compartilhada** no qual médicos e pacientes ou seus substitutos compartilham informações entre si e participam conjuntamente na tomada de decisão. É preciso avaliar qual o modelo de decisão adequado para aquele paciente e sua família, naquele determinado momento. A boa decisão será aquela que une tratamentos considerados adequados e preferências e valores do paciente^{5,10,18}.

No modelo de decisão compartilhada de cuidados para pacientes em fim de vida, as discussões familiares incluem tipicamente uma revisão do estado e prognóstico prévios e atuais do paciente, o conhecimento dos valores do paciente, a apresentação das recomendações do médico, as deliberações e a tomada de decisão conjunta sobre a prioridade de cuidado. Conversar sobre como pacientes ou suas famílias desejam receber informações, particularmente as recomendações sobre suporte de vida, não é uma abnegação de responsabilidade, mas sim uma abordagem que provavelmente gerará confiança⁵.

Alguns aspectos devem ser considerados na tomada de decisão sobre as prioridades de cuidado^{6,18}:

- aspectos biológicos (como os da figura 2);
- funcionalidade prévia (sugere-se a **Escala de Performance Paliativa - PPS** – tabela 1);
- valores da bioética (autonomia, justiça, beneficência e não maleficência);
- **proporcionalidade** entre:
 - eficácia do tratamento proposto: conhecimento médico técnico sobre a diferença que o tratamento faria em termos de prognóstico, incluindo morbidade, mortalidade ou funcionalidade, segundo as melhores evidências disponíveis (**sugere-se que o Índice de prognóstico SOFA - Sepsis-related Organ Failure Assessment** – seja monitorado);
 - benefício: determinação subjetiva do que o paciente ou seu representante legal percebem como sendo de valor para seu próprio bem, segundo seus objetivos ligados ao tratamento proposto;
 - onerosidade da intervenção: custos físicos, emocionais, econômicos ou sociais impostos ao paciente pelo tratamento. No âmbito médico é factual, no âmbito do paciente é subjetiva.

Tabela 1: **Escala de Performance Paliativa** (*Palliative Performance Scale*) – PPS.

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa

90	Completa	Atividade normal trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para os hobbies/trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho. Doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
20	Totalmente Acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência Completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência. +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

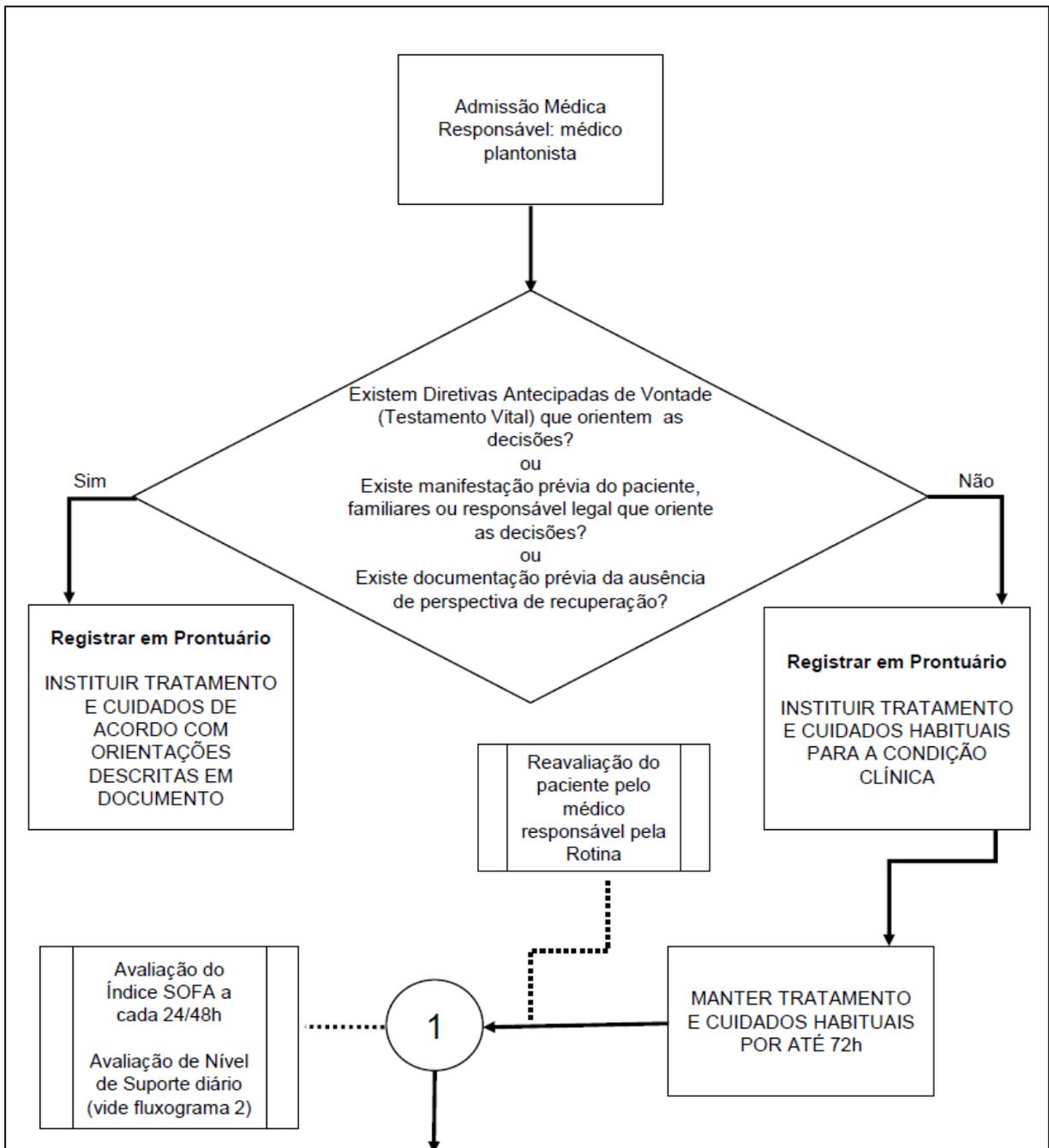
Fonte: Maciel MGS. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 31-41²⁵.

A avaliação funcional em Cuidados Paliativos é fundamental para a vigilância da curva evolutiva da doença e se constitui em elemento valioso na tomada de decisão, previsão de prognóstico e diagnóstico de terminalidade². Performance de 50% ou menos na escala PPS é um indicador de terminalidade, reafirmando que estes são pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos⁴⁷.

Um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares auxiliam na tomada de decisão¹. Dessa maneira, a avaliação do paciente deve conter²:

- elementos fundamentais que possibilitem a compreensão de quem é a pessoa doente, o que facilita identificar preferências e dificuldades;
- cronologia da evolução de sua doença e tratamentos já realizados;
- necessidades e sintomas atuais;
- exame físico;
- medicamentos e intervenções clínicas propostas;
- impressão a respeito do prognóstico e
- expectativas com relação ao tratamento proposto.

O fluxograma 1 mostra a rotina sugerida para avaliação dos pacientes admitidos em UTI, com vistas a definir as prioridades de cuidado.



Fluxograma 1: Rotina sugerida para avaliação dos pacientes admitidos em UTI.

Além disso, a **classificação quanto a fase de assistência ao paciente crítico** é essencial para que sejam estabelecidas as prioridades de cuidado (tabela 2)⁶:

- **Fase I - Morte pouco provável:** condição clínica na qual a equipe percebe uma maior possibilidade para a recuperação do que para o desfecho da morte ou para a condição de irreversibilidade. Julga-se, de acordo com a beneficência e a autonomia, que a prioridade é o tratamento que busca a cura/reestabelecimento. Os cuidados paliativos serão prestados para aliviar o desconforto da doença e do tratamento intensivo.
- **Fase II - Morte prevista para dias, semanas ou meses:** condição clínica na qual a equipe percebe uma falta de respostas ou uma resposta insuficiente aos recursos utilizados, com uma crescente tendência ao desfecho morte ou irreversibilidade. Estabelecido o consenso entre equipe, paciente e família, a prioridade passa a ser a melhor qualidade de vida possível, e os cuidados que

modifiquem a doença podem ser oferecidos quando julgados proporcionais pela equipe e paciente/família.

- **Fase III - Morte prevista para horas ou dias:** condição clínica na qual a equipe reconhece a irreversibilidade da doença e a morte iminente, aceitando o desfecho para morte. O cuidado paliativo passa a ser exclusivo, e todas as medidas introduzidas buscam a melhor qualidade de vida possível e o conforto do paciente e de seus familiares.

Tabela 2: **Prioridades de cuidado conforme a fase da assistência ao paciente crítico.**

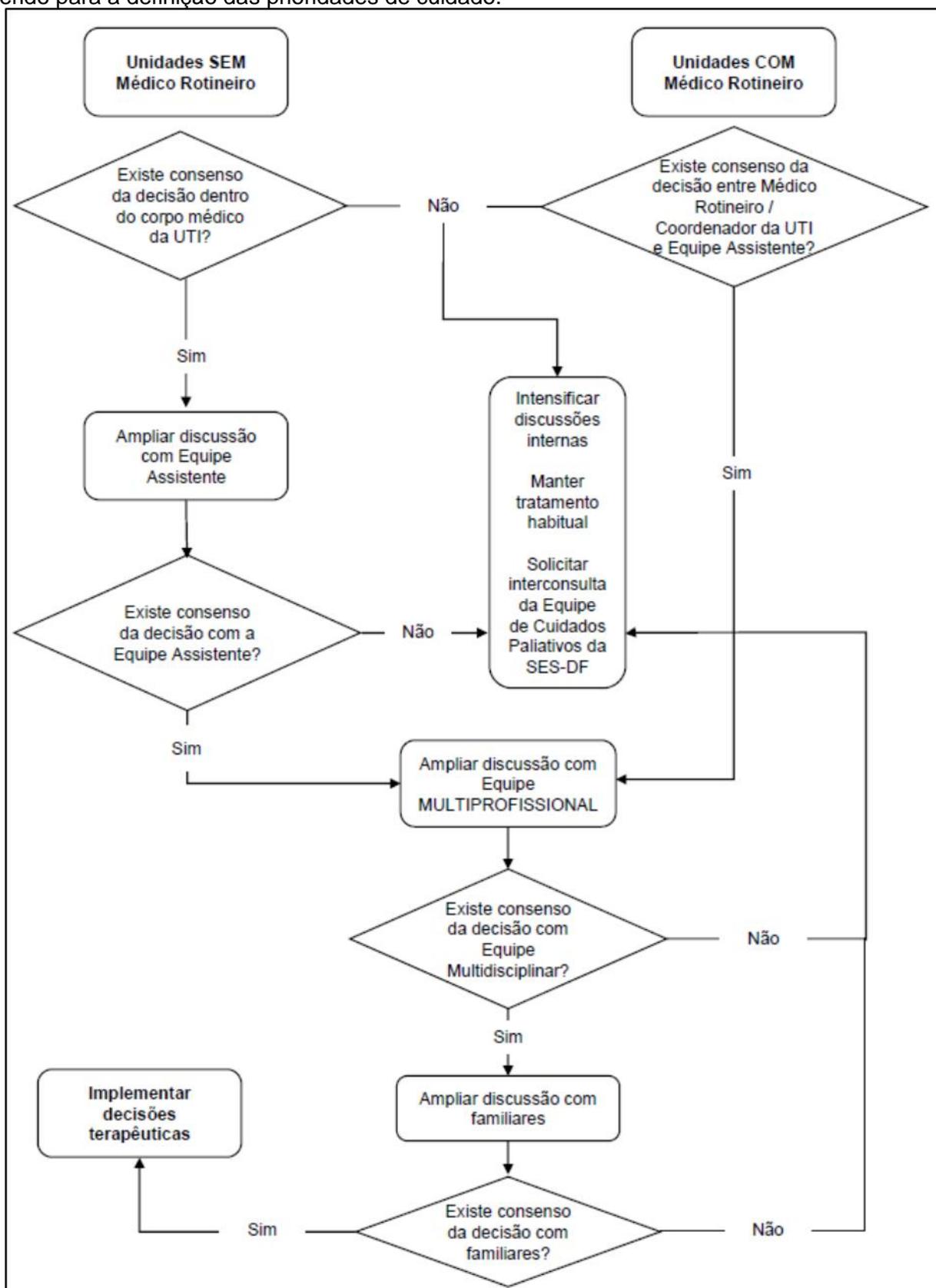
Fases da assistência		Fase 1: morte pouco provável	Fase II: morte prevista para dias, semanas ou meses	Fase III: morte prevista para horas ou dias
Descrição		Maior possibilidade para recuperação x morte ou irreversibilidade	Falta de respostas ou resposta insuficiente aos recursos, com tendência a morte ou irreversibilidade	Irreversibilidade da doença e morte iminente
Prioridade		Cura / controle / reestabelecimento	Cuidados Paliativos para melhor qualidade de vida, conforto e dignidade	Cuidados Paliativos exclusivos
T I P O D E C U I D A D O	CUIDADOS CURATIVOS	+++	+ / ++ Cuidados que controlem ou modifiquem a doença oferecidos quando proporcionais aos objetivos de cuidado	-
	CUIDADOS PALIATIVOS	+ Alívio do desconforto da doença e do próprio tratamento intensivo	++	++++
Em todas as fases, oferecer e manter cuidados individualizados, suficientes para garantir o tratamento físico, psicoemocional e sociocultural do binômio paciente-família, respeitadas as perspectivas bioéticas e legais.				
Em todas as fases verificar a existência de Diretivas Antecipadas de Vontade, de avaliação interdisciplinar de diagnóstico, prognóstico e tratamento, além do entendimento dos familiares e de potenciais conflitos.				

Adaptado de: 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):24-9⁶.

➤ **Definição das prioridades de cuidado: fluxo de discussão e atores envolvidos**

Os Cuidados Paliativos pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, para que o cuidado ocorra em todos os aspectos: físico, psicológico, social e espiritual. Dessa maneira,

as decisões referentes a indicação e implementação dos cuidados necessários devem contar com a participação da equipe multiprofissional. O fluxograma 2 mostra o fluxo de discussões sugerido para a definição das prioridades de cuidado.



Fluxograma 2: Fluxo de discussões para a definição das prioridades de cuidado.

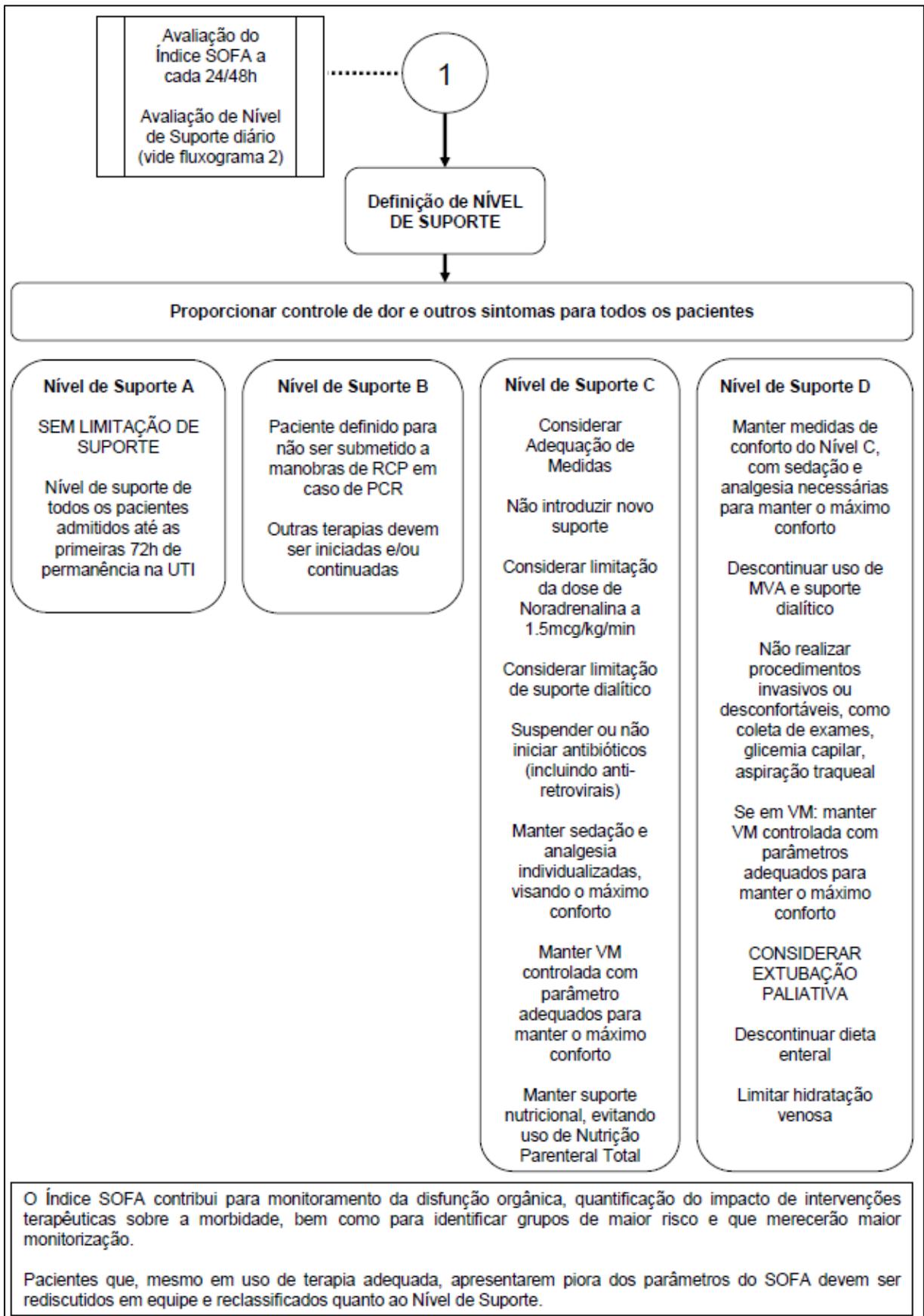
➤ **Definição do nível de suporte**

Após definição da prioridade de cuidado conforme a fase da assistência intensiva, podem ser definidos os níveis de suporte, como demonstra a tabela 3. O fluxograma 3 mostra as condutas e intervenções sugeridas de acordo com cada nível de suporte estabelecido.

Tabela 3: **Níveis de suporte conforme a fase da assistência ao paciente crítico.**

		FASES DA ASSISTÊNCIA INTENSIVA		
		FASE I: morte pouco provável	FASE II: morte prevista para dias, semanas ou meses	FASE III: morte prevista para horas ou dia
T I P O D E C U I D A D O	CUIDADOS CURATIVOS	++++	+ / ++	-
	CUIDADOS PALIATIVOS	+	++	++++
		Nível de Suporte A	Nível de Suporte B ou C*	Nível de Suporte D

* A definição sobre qual orientação terapêutica será adotada dependerá de uma análise subjetiva de cada caso, sendo a funcionalidade prévia do paciente (PPS < 50%) orientada como principal fator independente para definição.



Fluxograma 3: **Conduas e intervenções sugeridas de acordo com cada nível de suporte estabelecido.**

Siglas utilizadas: UTI = Unidade de Terapia Intensiva, RCP = reanimação cardiopulmonar, PCR: parada cardiorrespiratória, VM = ventilação mecânica, MVA = medicamentos vasoativos, IOT = intubação orotraqueal

➤ Adequação de Medidas em pacientes com lesão encefálica grave

As discussões a respeito das condutas de Adequação de Medidas (AM) ou Limitação de Esforço Terapêutico (LET) são frequentes nas UTIs, na Oncologia e, especialmente, em contextos de internação hospitalar de longa permanência (como nos casos de vítimas de grandes traumas e de agravos com sequelas neurológicas graves, pacientes totalmente dependentes em suas atividades de vida diária, sendo estes muitas vezes os pacientes comatosos, em vigília sem resposta ou minimamente conscientes)^{48,49}.

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, a expressão pode trazer a conotação negativa de “limitação de esforço” de um profissional ou equipe, com a ideia de relativização do “esforço”. Assim, a expressão “**Adequação de Medidas**” tem sido considerada mais adequada^{48,50,51}.

Espectro clínico da lesão encefálica grave

Um grave prejuízo da consciência após lesão cerebral aguda manifesta-se inicialmente pelo **coma**: um estado no qual o paciente não abre os olhos, apesar de estimulação vigorosa, e não demonstra evidências de interação de contato psicologicamente interpretável com o meio externo, mesmo após retirada de medicações sedativas e analgésicas⁴⁹.

Nos pacientes que estão gravemente afetados, o coma pode se transformar em um estado no qual o paciente abre os olhos intermitentemente, mas sem evidências de habilidade para contactar ou se manter acordado: a esse estado denomina-se **estado vegetativo persistente**, síndrome apálica ou, mais recentemente, **síndrome de vigília sem resposta** (*unresponsive wakefulness syndrome*)^{49,52,53}.

Atualmente, a epidemiologia na Europa mostra números cada vez maiores de sobreviventes de coma em síndrome de vigília sem resposta, em razão do uso generalizado de resgate avançado, serviços de emergência e tratamento intensivo com ventilação mecânica de longo prazo após a lesão cerebral aguda⁵².

A denominação **síndrome de vigília sem resposta** para estado vegetativo persistente / síndrome apálica se deve ao fato de que estudos cerebrais com neuroimagem rejeitam o conceito de “a-palica” no sentido de desconexão completa das estruturas neocorticais. Além disso, a ambiguidade pejorativa intrínseca do termo “estado vegetativo”, destinado a referir-se ao sistema vegetativo autônomo preservado (com graus variáveis de preservação de ciclo sono-vigília, respiração, digestão ou termorregulação), pode sugerir que o paciente não é mais humano e pode levar ao erro de abordagem, incluindo a **retirada da nutrição**, que é essencial para manter tais pacientes vivos, e que poderia ser considerada **eutanásia** (e esta, como já abordado, não é permitida no Brasil)^{31,52-54}.

Classicamente, são necessários três critérios clínicos para definição de estado vegetativo^{49, 52, 55-58}.

1. Ausência de evidência de consciência de si ou do ambiente. Sem resposta volitiva a estímulos visuais, auditivos, táteis ou nóxicos. Sem evidência de compreensão ou expressão da linguagem.
2. Ciclos de fechamento e abertura dos olhos, simulando o sono e a vigília.
3. Funções do tronco cerebral e do hipotálamo suficientemente preservadas para manutenção da respiração e da circulação autônomas.

Outras características clínicas podem estar presentes^{49, 52, 55-58}.

- Incontinência urinária e fecal. Piscar espontâneo e reflexos pupilares e corneanos mantidos.
- Ausência de nistagmo em resposta ao teste calórico com água gelada. Sem fixação visual, sem seguimento de objetos em movimento com os olhos, sem resposta à ameaça.

- Movimentos ocasionais da cabeça e olhos em direção a um som ou movimento, assim como mover o tronco e os membros sem objetivo definido. Pode exibir um mioclônus à ameaça. Pode sorrir ou produzir caretas à dor provocada. Pode apresentar movimentos circulares dos globos oculares.

Em contraste com o coma (condição aguda e transitória, que não dura mais do que dias ou semanas), o estado vegetativo pode ser uma condição transitória no caminho para uma recuperação ou pode se tornar crônico (durando décadas). Sendo assim, quanto ao desenvolvimento temporal, há algumas designações para o estado vegetativo^{49,52,55-58}:

- **Estado vegetativo:** quadro clínico inicial, agudo e potencialmente reversível, que dura até 4 semanas.
- Estado vegetativo **continuado:** quando o quadro persiste de 4 semanas a 3 meses, em caso de dano cerebral não traumático; e até 12 meses, em caso de dano cerebral traumático.
- Estado vegetativo **persistente:** quando o quadro persiste por mais de 3 meses, em casos de dano cerebral não traumático; e mais de 12 meses, em caso de dano cerebral traumático; é considerado irreversível.

Assim que o paciente manifesta qualquer tipo de comportamento reproduzível, indicando consciência e percepção de si ou do ambiente, não se denomina mais tal estado como estado vegetativo, mas como **síndrome (ou estado) de consciência mínima ou minimamente consciente** (*minimally conscious syndrome*). Em seguida, os pacientes manifestam frequentemente uma síndrome confusional ou amnésica antes de recuperar a consciência normal^{49,58}.

A acurácia do diagnóstico de um paciente com síndrome minimamente consciente é um dos maiores desafios da prática clínica, em particular sua diferenciação de estado vegetativo persistente^{49,58}. Para o diagnóstico de síndrome minimamente consciente, evidência de consciência limitada, mas claramente discernível, de si ou do ambiente deve ser demonstrada, de maneira reproduzível ou sustentada, por um ou mais dos seguintes comportamentos^{52,59}:

- Obedecer comandos simples.
- Respostas sim ou não, com gestos ou verbalmente (independentemente da exatidão).
- Verbalização compreensível.
- Comportamento intencional, incluindo movimentos ou comportamentos afetivos que ocorrem acidentalmente em resposta a estímulos ambientais relevantes e que não se devem a atividade reflexiva. Exemplos de comportamento intencional incluem:
 - sorriso ou choro apropriados, em resposta a conteúdo emocional, linguístico ou visual;
 - resposta ao conteúdo linguístico de perguntas por meio de vocalizações ou gestos;
 - alcançar objetos com apropriada direção e localização;
 - tocar ou segurar objetos de forma adequada ao tamanho e a forma do objeto;
 - fixação visual sustentada ou movimentação ocular como resposta a estímulos em movimento.

Fatores prognósticos

Quanto ao prognóstico dos pacientes em estado vegetativo^{49,58}:

- o prognóstico é pior em grupos etários mais avançados;
- os casos provocados por causas não-traumáticas apresentam pior prognóstico do que os casos traumáticos: os escassos relatórios de recuperação aparecem neste último grupo de doentes;
- alguns doentes apresentam atividade reflexa mais ativa do que outros, mas este fato não repercute em melhor prognóstico neurológico;

- o seguimento de objetos com os olhos e o piscar em resposta à ameaça são sinais de uma melhor evolução, mas de maneira inconsistente e imprevisível;
- a demonstração, por exame de imagem, de lesão axonal difusa não altera o prognóstico;
- a ausência de hidrocefalia na tomografia computadorizada é sinal de melhor prognóstico global.

A recuperação da consciência é determinada pela capacidade que o paciente tem de estar consciente de si e do ambiente circundante, de dar respostas comportamentais voluntárias e consistentes a estímulos visuais e auditivos, assim como mostrar uma interação com os outros. Já a recuperação funcional caracteriza-se por um certo grau de comunicação, capacidade de aprendizagem e de desempenho de tarefas adaptativas, mobilidade, autonomia e participação em atividades vocacionais ou recreativas. A recuperação da consciência pode ocorrer sem recuperação da função, mas a recuperação da função não pode ocorrer sem recuperação da consciência^{56,58}. É importante destacar que, nos estudos atuais, todos os pacientes que recuperaram a consciência ainda permaneceram com grande dependência funcional, permanentemente dependentes de cuidados^{49,60,61}.

Peculiaridades no processo de decisão

A **decisão compartilhada**, como já exposto^{5,10,18}, quanto a não aplicação ou suspensão de medidas terapêuticas nesse perfil de pacientes exige reflexões constantes sobre a relação entre prognóstico de vida e de qualidade de vida futura durante todo o período de internação, envolvendo o paciente, a família e a equipe multiprofissional por agregação consensual de fatores centrados no paciente, pautados por intensificação dos Cuidados Paliativos⁴⁸.

A autonomia do paciente, ou da família (ou do representante legal) quando se aplica, é a principal norteadora do processo, tanto da perspectiva ética quanto legal. A decisão é consensual, multifacetada e compartilhada a partir de questionamentos a serem discutidos em níveis e momentos pertinentes a cada um dos elementos intrínsecos da Adequação de Medidas: a precisão do diagnóstico, as possibilidades de sucesso das terapias disponíveis, o esgotamento dos meios terapêuticos, a probabilidade de cura e o prognóstico, levando-se em consideração a qualidade de vida (prévia e futura), a idade e a deterioração cognitiva, caso a caso. Para isso, deve ser respeitado o tempo do paciente e de seus familiares no que concerne à compreensão do processo, durante o qual se deve garantir os Cuidados Paliativos. Além disso, toda e qualquer decisão pode ser reavaliada a qualquer momento^{48,49}.

Desse modo, a Adequação de Medidas poderia ser também entendida como o processo da sobreposição do modelo curativo pelo paliativo, firmando o Cuidado Paliativo individualizado e humanizado como a terapêutica a ser intensificada ou exclusiva. A proposta é que as perspectivas possam ser ampliadas: da limitação de esforço terapêutico para esforço máximo de cuidado; de critérios obscuros de LET para elegibilidade discutida, consensual e compartilhada de AM centrada na pessoa (paciente); da participação do paciente, da família e da equipe multiprofissional na AM; da linearidade do modelo curativo-paliativo para a sincronia dos modelos curativo/paliativo; da equipe multidisciplinar para a equipe transdisciplinar de “olhar” humanizado para a pessoa com lesão encefálica grave, em terminalidade ou não⁴⁸. |

8.1 Conduta Preventiva

| Não se aplica. |

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Comunicação em Cuidados Paliativos: especificidades em situações críticas

São vários os dilemas em Cuidados Paliativos enfrentados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁴⁷:

- formação insuficiente dos médicos e sua dificuldade em perceber que não pode mais atuar em direção à cura;
- sentimento de impotência dos profissionais diante da inevitabilidade da morte;
- dificuldade dos profissionais de encarar a própria finitude;
- comunicação insuficiente sobre as decisões de fim de vida;
- incapacidade ou falta de oportunidade para que os pacientes participem das discussões sobre seus cuidados;
- expectativas não realistas por parte de pacientes e seus familiares sobre o prognóstico ou eficácia do tratamento na UTI.

Em 2010, nos EUA, estimou-se que aproximadamente metade dos adultos próximos ao final da vida era incapaz de tomar decisões sobre prolongamento de sua vida com uso de tecnologias. Devido à incapacidade dos pacientes, os familiares e os responsáveis legais são chamados a participar da tomada de decisão médica. Como já exposto, a **decisão compartilhada** emerge como o melhor modelo no momento de definir os objetivos dos cuidados de saúde. Para isso, a comunicação centrada no paciente e seus familiares, especialmente em situações críticas, deve ser valorizada como uma oportunidade de informação, esclarecimento e acolhimento, visando melhorar a tomada de decisão e o bem estar dos envolvidos^{5,10,18,62,64}.

➤ **Transmissão de más notícias**

Má notícia pode ser definida como “qualquer informação que afeta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre seu futuro”. Entretanto, a má notícia está sempre “na perspectiva de quem olha”, de modo que não se pode estimar o impacto da má notícia até que se determinem as expectativas e a compreensão de quem a recebe^{63,65}.

Transmitir más notícias é uma tarefa complexa de comunicação que, além do componente verbal de dar de fato uma má notícia, requer outras habilidades, como responder às reações emocionais dos pacientes, se envolver na tomada de decisão, lidar com o estresse criado pelas expectativas de cura do paciente, acolher múltiplos membros da família e gerenciar o dilema de como dar esperança quando a situação é sombria^{5,63,65,66}.

O emprego adequado de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal pelos profissionais de saúde é medida terapêutica comprovadamente eficaz: aumentam a adesão ao tratamento e têm impacto psicológico positivo nos pacientes e seus familiares, uma vez que lhes permitem compartilhar medos, dúvidas e sofrimentos, contribuem para a diminuição do estresse psicológico e garantem a manifestação da autonomia do paciente^{63,66,68}.

Considerando que o comportamento de comunicação pode ser treinado, atualmente existem técnicas e protocolos de treinamento para comunicação e transmissão de más notícias, como o protocolo SPIKES^{65,68}. Habilidades de comunicação são ferramentas tão importantes em Cuidados Paliativos ou Medicina Paliativa quanto habilidades cirúrgicas o são para cirurgias⁶⁹. O objetivo das habilidades de comunicação é aumentar a empatia e a clareza ao conversar com os pacientes e familiares, além de praticar estratégias sobre como lidar com situações difíceis durante as consultas^{63,65-68}.

Além disso, é importante considerar que o entendimento do que está sendo comunicado depende de um conjunto próprio de valores, características e paradigmas de quem está recebendo a informação. Deve-se, portanto, evitar qualquer jargão médico e dar informações em pedaços pequenos e suportáveis, para que não haja iatrogenia da palavra, uma vez que receptores de informação, muitas vezes, não conseguem manter a atenção por tempo prolongado^{62,70}.

A comunicação bem planejada, oportuna e hábil no ambiente de atenção aguda leva à identificação mais eficaz das metas e valores do paciente em todos os espectros de cuidados⁷¹. As tabelas 4 e 5 mostram um roteiro como sugestão para se estabelecer uma boa comunicação, especialmente em UTI, além de estratégias que podem ser utilizadas^{5,65,67,70}.

Tabela 4: **Roteiro sugerido para se estabelecer uma boa comunicação em UTI**^{5,65,67}.

Preparação	<ul style="list-style-type: none"> • Revise o prontuário e tenha conhecimento do caso. • Planeje mentalmente o diálogo. • Reserve um tempo adequado e evite interrupções, como a do celular. • Respeite a privacidade: escolha um lugar reservado. • Envolver pessoas importantes para o paciente. • Garanta a confidencialidade do diálogo.
Execução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresente-se e conheça os familiares pelo nome e grau de parentesco. • Sente-se de maneira a manter contato visual com os interlocutores. • Avalie a percepção do interlocutor com questionamentos amplos e abertos “O que o senhor sabe sobre o caso?”. • Entenda o quanto o interlocutor deseja saber sobre o quadro. • Forneça conhecimento e informações ao interlocutor. • Mostre empatia com palavras afáveis “infelizmente, sinto muito”. • Evite termos técnicos. • NÃO use frases desestimulantes como “Não há mais nada que possamos fazer”. • Esteja preparado para interrupções e saiba entender as angústias da família. • Aborde as emoções do interlocutor com respostas afetivas, como toque. • Dê pausas para que o interlocutor compreenda as informações recebidas.
Desfecho	<ul style="list-style-type: none"> • Apresente estratégias de tratamento. • Compartilhe as responsabilidades na tomada de decisão. • Avalie a compreensão do interlocutor sobre o caso “O que o senhor entendeu sobre o que conversamos?”. • Resuma o que foi conversado.

Tabela 5: **Estratégias para uma boa comunicação**^{5,67}.

Estratégias	<p>Verbais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover um ambiente de interação. • Repetir a informação sempre que necessário. • Saber ouvir e incentivar o outro a falar, utilizando frases como “conte-me mais sobre isso...”⁷⁰ • Usar tom de voz adequado. • Ser sincero e transparente. • Disponibilizar tempo e se colocar à disposição. • Manter um discurso consistente. • Oferecer o melhor (pessoal/técnico). • Sugerir que a família se coloque no lugar do paciente (trazer as opiniões e sentimentos do paciente para a conversa). <p>Não verbais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar-se de toque terapêutico (mãos, braços, ombro), quando pertinente. • Manter expressão facial e atitude corporal que demonstrem interesse e respeito. • Ficar atento principalmente às suas reações e não às dos outros.
-------------	---

➤ **A comunicação com familiares**

A família, tanto a biológica como a adquirida (amigos, parceiros), pode e deve ser parceira e colaboradora da equipe, uma vez que essas pessoas conhecem o paciente, seus valores, desejos e angústias. A comunicação com a família deve levar em consideração que ela vive um momento de crise diante da possibilidade de perda do seu ente querido, gerando desequilíbrio do seu sistema. O ajustamento familiar pode ser influenciado por fatores ligados ao paciente, como idade, diagnóstico, representação e função dele na família; além de fatores ligados aos familiares, como as relações individuais entre eles e sua estrutura psicológica^{1,62}.

Um ponto que pode gerar tensão é a comunicação incerta em relação ao prognóstico. Vários estudos indicam que os familiares dos pacientes que possuem doença avançada frequentemente têm expectativas não realistas sobre o prognóstico, o que se associa a maior uso de tratamentos invasivos e retardo em instituir cuidados paliativos. Médicos citam que a expectativa não realista dos familiares é uma das mais importantes barreiras para realização de cuidados de alta qualidade no final de vida entre os pacientes gravemente doentes⁶⁴.

As principais barreiras para uma comunicação eficaz em UTI são⁶⁶:

- Atitude corporal.
- Ideias preconcebidas.
- Percepções e interpretações.
- Grau de escolaridade.
- Significados pessoais.
- Motivação e interesse.
- Ausência de habilidade de comunicação.
- Emoções e estado de ânimo.
- Outras barreiras: clima organizacional, idioma, traqueostomia, intubação, sedação, distúrbio de consciência.

Na tentativa de transpor as barreiras citadas, recomenda-se que^{5,62,66}:

- As UTIs tenham um local adequado para a convivência com os familiares.

- O médico não delegue a outros profissionais seu papel na comunicação.
- Sejam uniformizadas as informações, após um consenso entre todos os profissionais envolvidos.
- O mesmo médico preste informações ao representante familiar.
- Estabeleça-se pelo menos um horário exclusivo para o fornecimento das informações aos familiares.
- Identifique-se na família do paciente uma pessoa que possa servir como interlocutor, quando necessário.
- Promova-se o maior número possível de encontros entre paciente/familiar/equipe de saúde.
- Não sejam antecipadas informações desnecessárias ou não solicitadas.
- A família seja acolhida em seus questionamentos e dúvidas, sem necessidade de detalhamento técnico, com linguagem acessível.
- Valorize-se e compreenda “quem era o paciente” na vida ativa fazendo perguntas aos membros da família.

A comunicação clara e sincera é um determinante da satisfação da família com o fim da vida. Além disso, repercute tanto na tomada de decisões e na resolução de conflitos, quanto na saúde do familiar em períodos de até 90 dias após o óbito do paciente. Assim como em relação aos doentes fora da UTI, a comunicação sobre as doenças que limitam a vida e sobre a escolha do tratamento a ser fornecido nessas situações não está associada ao aumento do estresse, mas sim à diminuição da utilização de tratamentos fúteis, com consequente melhor qualidade de vida e diminuição dos custos com a saúde^{5,6}.

O poder da comunicação efetiva também inclui o poder do silêncio. A satisfação da família com as reuniões sobre cuidados de fim de vida na UTI pode ser maior quando os médicos falam menos e ouvem mais. Além disso, a esperança deve ser respeitada durante a divulgação prognóstica, enquanto uma visão realista é mantida, uma atitude apropriadamente expressa é a noção de "esperar o melhor, mas se preparando para o pior"⁵.

Há evidências de que a reunião, através de uma abordagem programada e estruturada, entre a equipe da UTI e a família traz resultados importantes e favoráveis para pacientes, familiares e sistema de saúde. Por exemplo, a implementação de reuniões durante os três primeiros dias da UTI com familiares de pacientes com pior prognóstico alcançou reduções significativas no tempo de permanência na UTI e de conflitos nas metas dos cuidados. No seguimento de três meses após uma intervenção que incluía reuniões guiadas por protocolo e distribuição de um folheto informativo, famílias de pacientes que morreram na UTI apresentaram menor prevalência e gravidade no estresse pós-traumático, ansiedade e depressão, em comparação com o controle⁷².

➤ **A comunicação com o paciente**

A internação em UTI está ligada a vários fatores que podem gerar desconforto, inquietação, ansiedade e depressão no paciente, dentre eles: perda da privacidade, exposição do seu corpo, restrição ao leito, exames e procedimentos invasivos, privação de sono, impossibilidade de se comunicar, visualizar outros pacientes em estado crítico e presenciar óbitos, separação da família⁶².

Sendo assim, é importante que a equipe atue de forma a minimizar os aspectos causadores de desconforto físico e psicológico, o que inclui uma boa comunicação e a participação do paciente em seu processo de cuidados. Para tal é necessário informá-lo sobre a rotina da UTI no momento da admissão, sobre procedimentos e exames, além de estar

disponível para esclarecimentos, bem como falar a verdade e evitar discursos ou comentários desnecessários à beira do leito⁶².

O paciente precisa ser respeitado e atendido em suas necessidades e direitos como bom controle da dor e outros sintomas, ambiente adequado para o sono e privacidade, no entanto não pode se sentir sozinho ou abandonado. O acolhimento é percebido pelo paciente a partir da disponibilidade da equipe, por meio de uma comunicação honesta e respeito a sua autonomia e às suas crenças, individualizando o cuidado⁶².

A comunicação com o paciente intubado/traqueostomizado

Pacientes internados em UTI são muitas vezes privados de capacidade de comunicação, por intubação. Existe uma relação significativa entre a perda da fala e reações emocionais negativas nesses pacientes, gerando um alto nível de frustração, estresse, ansiedade e depressão⁷³.

Um recurso que pode ser utilizado para iniciar a comunicação com o paciente é o encorajamento da tranquilidade para que ele possa se comunicar. Neste sentido é importante que a equipe esteja preparada e disponha de tempo para propiciar o diálogo. A pressa causa ansiedade e gera afastamento⁶².

Existem algoritmos que permitem melhor seleção de métodos de comunicação alternativos para pacientes intubados. Alguns métodos são^{62,73}:

- tábua de letras;
- imagens esclarecedoras (como sol, lua, relógio);
- válvulas fonadoras (fonação com *cuff* insuflado) e outros dispositivos de alta tecnologia.

Estudos demonstraram que placas de comunicação foram responsáveis por aumento da satisfação do paciente. No entanto, podem ser demoradas e limitar a capacidade de produzir novas expressões. Válvulas fonadoras (fonação com *cuff* insuflado) e outros dispositivos de alta tecnologia podem ser úteis e devem ser utilizados em casos específicos⁷³.

➤ A comunicação entre a equipe da UTI

A comunicação é um processo que envolve a percepção do ambiente e do clima de trabalho, incluindo a comunicação verbal e não-verbal da equipe multiprofissional. Manter uma boa comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar garante que as metas e expectativas do atendimento ao paciente sejam consistentes e coerentes, além de minimizar a redundância das informações^{64,66,71}. Estratégias para melhorar a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar incluem⁷¹:

- Compreender os papéis e responsabilidades uns dos outros.
- Identificar metas e valores compartilhados, lembrando que o cuidado deve ser centrado no paciente. Pode ser útil dar um passo atrás e ter uma melhor noção do que o paciente iria querer em determinada situação.
- Abordar abertamente discordâncias quando ocorrem, sem julgamento, reconhecendo a perspectiva do outro profissional.
- Comunicar-se com frequência com os outros membros da equipe.
- Fornecer *feedback* construtivo uns aos outros.

➤ Considerações Finais

Uma comunicação efetiva e afetiva minimiza dificuldades e incertezas, diminui o nível de ansiedade, previne conflitos, fortalece o sentimento de segurança, facilitando e promovendo o bom relacionamento entre equipe-família-paciente. Mais do que habilidades técnicas para diagnosticar e tratar, é necessário que essa relação seja alicerçada na compaixão, humildade, respeito e empatia, o que é aprimorado com o uso adequado de habilidades de comunicação.

Sendo assim, desenvolver atividades de educação continuada sobre comunicação e terminalidade é de extrema importância. Essas atividades podem ser sob a forma de palestras, cursos, treinamentos, devendo-se valorizar a comunicação colaborativa entre os diversos profissionais que atuam na UTI.

8.3 Tratamento Farmacológico

Noções sobre controle de sintomas e especificidades em ambiente crítico

O controle adequado dos sintomas advindos das doenças ou de seus tratamentos é uma estratégia fundamental em Cuidados Paliativos em todas as fases da doença crítica, seja de maneira complementar ao plano terapêutico (permitindo que seja melhor tolerado), seja como foco principal do cuidado. O plano de controle de sintomas deve ser individualizado, baseado nas necessidades de cada paciente⁷⁴.

O conceito de **dor total**, criado pela paliativista Cicely Saunders, mostra a importância de todas as dimensões indissociáveis do sofrimento humano (físico, mental, social e espiritual), que devem ser igualmente investigadas e avaliadas, pois podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas. Ampliando esse conceito, fala-se em "**sintoma total**"^{1,74,75}.

Sendo assim, o controle de sintomas deve ser uma abordagem multidisciplinar, baseada em medidas farmacológicas e não farmacológicas (apoio psicológico e social, fisioterapia, apoio religioso), considerando o contexto biopsicossocial e espiritual e promovendo educação constante de pacientes e cuidadores. O treinamento da equipe para a abordagem de sintomas deve levar em conta a diminuição da capacidade comunicativa dos pacientes, seja por alteração do nível de consciência, seja pela presença de tubos endotraqueais ou traqueostomias^{1,74-77}. As escalas de avaliação são úteis para maior sistematização do cuidado, aumentando as chances de identificação precoce dos sintomas. Alguns estudos sugerem adaptação das escalas de avaliação de sintomas, como a ESAS (*Edmonton Symptom Assessment Scale*), para esses pacientes^{74,78,79}.

A equipe deve levar em consideração, ainda, os riscos e os benefícios de procedimentos de rotina que possam levar ao desconforto do paciente, como coleta de exames, aspiração de secreções, presença de cateteres e tubos, monitorização, manipulação para procedimentos. A coleta de exames, por exemplo, pode ser dispensável quando o plano de cuidados estiver menos sujeito a mudanças guiadas por seus resultados, como nos pacientes em cuidados paliativos exclusivos⁷⁴.

➤ Controle de dor

A prevalência da dor em ambiente crítico, especialmente em UTI, varia de 40 – 84%. Dos pacientes internados em UTI, quase 30% experimentam dor em repouso, porcentagem que aumenta para 50% durante procedimentos de enfermagem. A dor em pacientes de UTI pode ser dividida em: dor ou desconforto contínuo relacionado ao tratamento em UTI, dor aguda relacionada à doença, dor intermitente durante procedimentos e dor crônica pré-existente (já presente antes da internação na UTI). Como os procedimentos diários de enfermagem e as intervenções realizadas na UTI podem ser uma fonte potencial de dor, é crucial usar ferramentas simples de monitoramento da dor^{74,80}.

➤ Avaliação da dor

A avaliação regular da intensidade da dor leva a melhor controle do sintoma e a melhor qualidade de vida dos pacientes na UTI e também após a alta. Na avaliação da dor, a utilização de escalas visuais ou verbais numéricas (EVN – figura 4) ou analógicas (EVA – figura 4) pode não ser possível e, alternativamente, dados indiretos podem ser utilizados como face de dor (escala de faces - figura 4), agitação, padrão de movimentos corporais, presença de tensão muscular, taquicardia, hipertensão, sudorese e assincronia com o ventilador. Escala quem utiliza esses dados são a *Critical Care Pain Observation Tool* e a *Behavioral Pain Scale* ^{21,74,76-78,80-86}.

Dentre as escalas desenvolvidas para avaliar a dor em pacientes de UTI sob ventilação mecânica, a *Behavioral Pain Scale* (figura 5) é considerada uma boa opção, uma vez que a versão brasileira já foi traduzida, adaptada culturalmente e validada ^{85,86}.

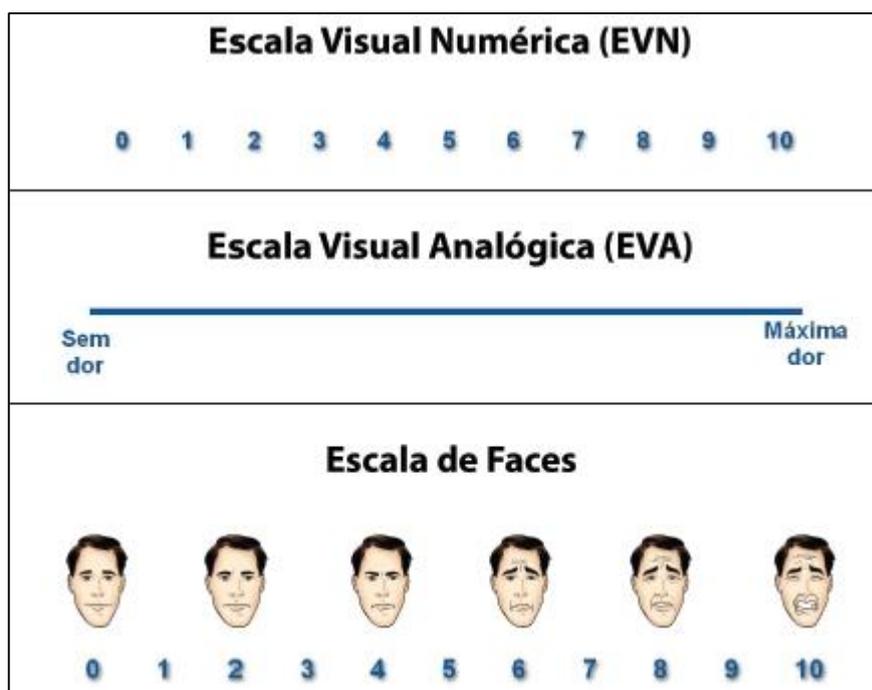


Figura 4: Escalas para avaliação da dor^{76,77}.

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo, abaixa a sobrancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão de dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
Total		

Figura 5: **Versão brasileira, adaptada e validada, da escala *Behavioural Pain Scale*.**
A intensidade da dor varia entre 3 (nenhuma dor) e 12 (a maior intensidade de dor) pontos^{85,86}.

A avaliação da dor deve incluir: localização, duração, intensidade, tipo de dor (somática, visceral, neuropática, psicogênica, mista), irradiação, fatores desencadeantes (procedimentos diagnósticos e terapêuticos, edema cerebral, derrames cavitários, abscessos, obstrução ou perfuração de vísceras, fraturas, metástases neuroaxiais com ameaça de lesão neural, monilíase oral e esofágica, mucosite, ansiedade), fatores de piora e de alívio, impacto no desempenho de atividades cotidianas e efeito negativo no sono e na movimentação, tratamento atualmente utilizado e resposta a tratamentos anteriores. A abordagem específica dos fatores desencadeantes deve ser concomitante ao tratamento sintomático⁷⁴⁻⁷⁷.

As causas mais comuns de dor nos pacientes de UTI são⁸²:

- Aspiração traqueal
- Mudança de decúbito
- Curativo
- Tubo traqueal
- Trauma
- Lesão cirúrgica
- Queimadura
- Sonda nasogástrica ou nasoentérica
- Cateter central
- Cateter arterial
- Drenos
- Lesão por pressão
- Punção venosa ou arterial
- Faixas para restrição dos membros

➤ Escada analgésica da OMS

Apesar das especificidades do contexto crítico, o tratamento farmacológico da dor pode ser baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme ilustra a figura 6^{74-77,87}.

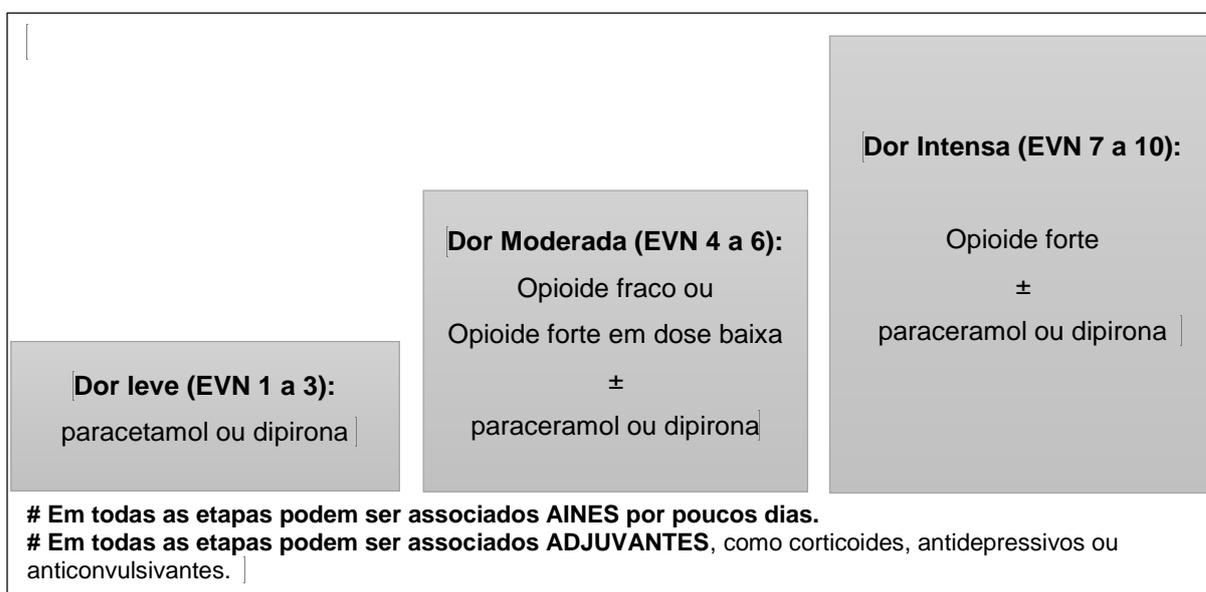


Figura 6: **Analgésicos recomendados conforme a escada analgésica da Organização Mundial de Saúde**^{74-77,87}.

➤ Titulação de opioides

Embora seja correta a suposição de que a dor em pacientes críticos é bastante prevalente e intensa, a titulação do opioide escolhido deve ser cuidadosa, assim como em qualquer outro contexto, especialmente em pacientes virgens de opioides, idosos e portadores de disfunções orgânicas. O uso de doses desnecessariamente elevadas de opioides, especialmente fentanil, aumentam o risco de seus efeitos colaterais, incluindo sedação excessiva e prolongada, prolongamento do desmame ventilatório, efeitos hemodinâmicos indesejáveis, íleo paralítico, estase gástrica, toxicidade (incluindo convulsões e *delirium*) e síndrome de abstinência após sua suspensão⁷⁴.

A morfina é o opioide de referência em Cuidados Paliativos, sendo frequentemente a droga de escolha para abordagem inicial, uma vez que tem meia-vida curta, o que facilita a sua titulação. Em paciente críticos, entretanto, deve-se considerar que, por maior liberação de histamina comparada ao fentanil, a morfina apresenta maior risco de alterações hemodinâmicas indesejáveis e de broncoespasmo⁷⁴.

Deve-se dar sempre preferência ao tratamento mais simples e menos invasivo. De modo geral, medicações orais são preferíveis a formulações transdérmicas e parenterais. Qualquer que seja o opioide selecionado, é sempre necessária a administração regular do medicamento (pelo relógio), 24 horas por dia, para que sejam atingidos níveis plasmáticos adequados^{76,77,87,89}.

Ao iniciar o tratamento, deve-se dar preferência a medicações de liberação imediata para titulação e posteriormente passar para medicações de longa duração, com doses suplementares de medicação de liberação imediata, quando ocorrerem episódios irruptivos de dor. A dose total diária calculada de morfina também pode ser utilizada em bomba de infusão contínua. A titulação ideal deve ser baseada no alívio da dor, nos efeitos adversos e no número de resgates. A dose adequada é a dose que alivia a dor com mínimos efeitos adversos^{74,76,77,87,89}.

Para se determinar a necessidade de analgésico nas 24 horas subjacentes, deve-se avaliar a quantidade total de medicamento utilizado nas 24 horas anteriores (medicações de longa ação e de liberação imediata) e^{76,77,87}:

- somar as doses de resgate à dose total diária

OU

- aumentar em 20 a 30% a dose total diária.

Atualmente é disponível a morfina de eliminação prolongada, que pode ser utilizada, após sua titulação com a morfina simples, num intervalo de 12/12 horas. Os comprimidos de liberação prolongada não devem ser fracionados (quebrados, macerados ou cortados) ou mastigados, pelo risco de liberação imediata de dose excessiva⁸⁷.

A reavaliação é mandatória sempre que houver relato de uma nova dor. Além disso, **não é recomendado utilizar opioides diferentes concomitantemente, de horário, pois competem pelos mesmos receptores**^{76,77,87}.

➤ **Medicação de resgate**

Deve-se manter a administração regular do analgésico para manter sua concentração plasmática e **sempre** administrar doses adicionais de medicação de resgate, se necessário^{76,77,87}:

- Preferir a via oral para resgate ou, na impossibilidade desta, a **via subcutânea**, pois promove biodisponibilidade dos medicamentos semelhante a da via oral. A via endovenosa faz picos de ação, com queda mais rápida da concentração sérica (figura 7)⁹⁰.
- O único opioide forte de liberação imediata disponível no Brasil, fora do ambiente de UTI, é a morfina, portanto, o resgate dos opioides fortes é sempre com **10 a 15% da dose total** diária prescrita **equivalente a morfina**: até de 1/1h ou de 2/2h.
- Em ambiente de UTI, para os pacientes em uso de fentanil parenteral, pode-se utilizar **fentanil parenteral em bolus** na dose de **10 a 15% da dose total diária** prescrita: até de 1/1h ou de 2/2h. Alternativamente, o fentanil parenteral em bolus para resgate pode ser feito na dose de **50 a 100% da dose infundida por hora**: a cada 15 a 20 minutos⁹¹.

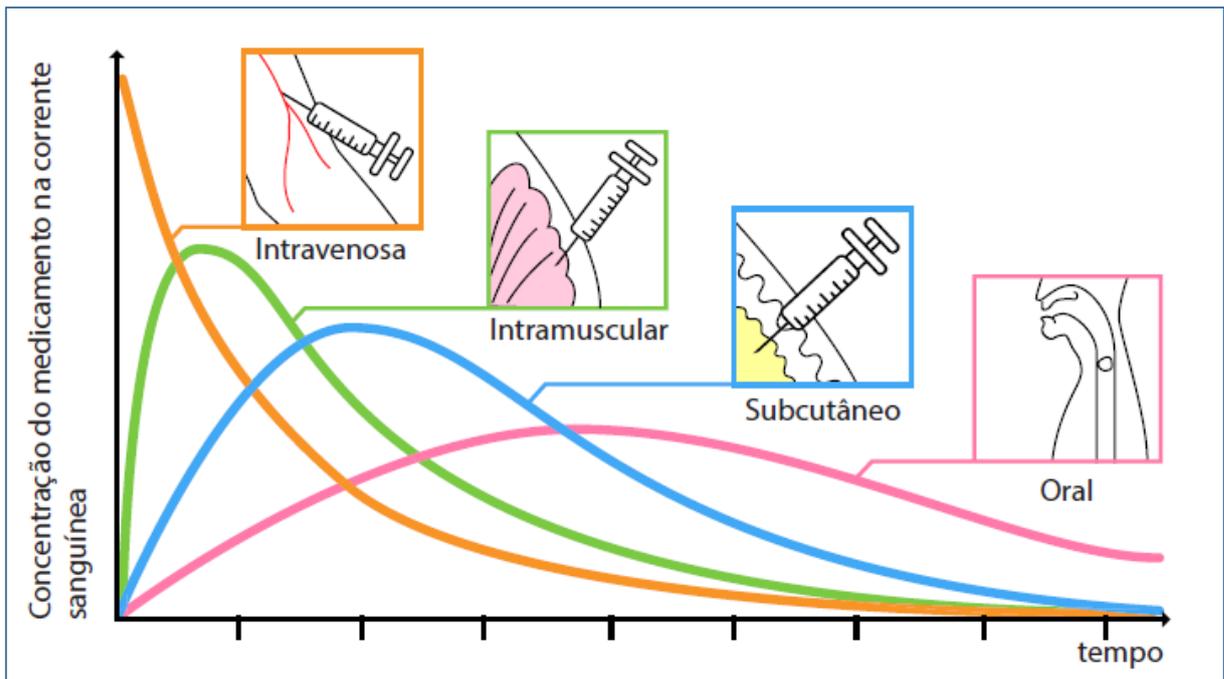


Figura 7: Comparação entre vias de administração segundo a variação temporal da concentração do medicamento na corrente sanguínea.

Fonte: Azevedo DL (Org.). Uso da via subcutânea em Geriatria e Cuidados Paliativos: um guia da SBGG e da ANCP para profissionais. Rio de Janeiro: SBGG; 2016. 56 p. ⁹⁰

➤ Efeitos colaterais dos opioides

Antecipar-se a efeitos colaterais mais comuns dos opioides ^{74,76,77,87,92}:

- **Constipação intestinal:**

- Principal efeito colateral.
- Diferentemente dos outros efeitos adversos dos opioides, a constipação não melhora com o tempo.
- Sempre considerar o início de laxante junto com o opioide.

- **Náuseas e vômitos:**

- Efeito esperado, mas que melhora em cerca de 7 dias.
- Deixar antiemético para uso se necessário.

- **Sedação ou *Delirium*:**

Efeitos possíveis, mas costumam desaparecer, e o doente desenvolve tolerância, melhoram em 2 a 3 dias.

- Não justificam redução de dose, se o aumento foi necessário para controle de dor. AGUARDAR!
- Manejar delirium com dose baixa de haloperidol, se necessário.

- **Depressão respiratória:**

- Raríssima! Não ocorre se o aumento da dose for feito cautelosamente.

➤ Rotação de opioides

A rotação (troca ou substituição) de opioides deve ser preferencialmente orientada por especialista e está indicada quando o paciente apresenta^{87,93}:

- Analgesia insuficiente, apesar do aumento de doses.
- Efeitos adversos intoleráveis (mesmo com dor controlada).

Recomendações para a rotação^{87,93}:

- Avaliação clínica do paciente.
- Considerar que os efeitos adversos podem não ser devido ao uso do opioide.
- Evitar rotação frequente de opioides.
- Fármacos adjuvantes devem ser utilizados antes da rotação.
- Aumentar a dose do opioide gradativamente.
- Avaliar adesão ao tratamento com opioides de ação curta.
- Analisar custo econômico na rotação do opioide.
- Não predeterminar tempo para a rotação do opioide.

Utilizam-se tabelas de conversão de opioides para orientar o cálculo da dose inicial, considerando equivalência analgésica para obter melhor resposta analgésica e menos efeitos adversos, como a tabela 6⁷⁶.

Tabela 6: **Conversão de opioides**⁷⁶.

Medicamento	EV ou SC	VO	TD
Morfina	10mg	30mg	
Codeína		200mg	
Tramadol	100mg		
Oxicodona Liberação Controlada		20mg	
Fentanil	0,1mg		12-25mcg/h

Adaptado de Wiermann EG, Diz MPE, Caponero R, Lages PSM, Araujo CZS, Bettiga RTC, et al. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. Dez 2014;10(38):132-43⁷⁶.

A conversão é realizada com base na dose diária total. Levando-se em conta a tolerância cruzada incompleta, quando for realizada a rotação, a dose diária total deve ser reduzida em 25% a 50%, dependendo das circunstâncias clínicas. Para fentanil TD, não há necessidade de reduzir a dose equianalgésica^{76,77,87}.

➤ Tolerância, dependência física e vício com uso de opioides

- Tolerância^{87,94}: propriedade farmacológica traduzida em redução do efeito analgésico depois de repetidas administrações, com a necessidade de aumento das doses necessárias para analgesia efetiva. É um fenômeno previsível e ocorre primariamente para os efeitos secundários (colaterais) e posteriormente para os efeitos analgésicos. A tolerância aos efeitos analgésicos, porém, parece ser um fenômeno raro, além de raramente ser causa de necessidade de escalonamento da dose do opioide. Sendo

assim, é preciso atentar para progressão de doença ou da lesão dolorosa. A tolerância resulta de mecanismos adaptativos a níveis celular e sináptico: os mecanismos homeostáticos tendem a restaurar a função normal, apesar das perturbações contínuas produzidas pelos agonistas opioides. Caso ocorra, uma alternativa pode ser a rotação de opioides.

- Dependência física^{87,94}: fenômeno neurofarmacológico esperado em que a suspensão ou redução abrupta da dose do opioide ou o uso de antagonistas provoca efeitos de síndrome de abstinência. Essa ocorre devido a mecanismos noradrenérgicos e pode se manifestar através de vários sintomas, como sudorese, diarreia, náuseas e vômitos, tremores, ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono. Também é comum o aumento da dor. A síndrome de abstinência pode ser prevenida através da diminuição gradual do opioide, caso indicada sua retirada. A dependência física não é sinônimo de vício. Até o momento, não são conhecidas nem a dose nem a duração do uso de opioide necessários para produzir sintomas clinicamente significantes de dependência em humanos. A experiência mostra que ela pode ocorrer após a administração regular de opioides por poucos dias.
- Vício^{87,94}: doença neurobiológica crônica, cujo desenvolvimento e manifestação são influenciados por fatores genéticos, psicossociais e ambientais. Destaca-se o fato de ser, fundamentalmente, uma síndrome psicológica e comportamental, a qual é composta de quatro elementos principais: uso compulsivo, inabilidade para controlar a quantidade do uso, busca pelo efeito psicológico da substância e manutenção do uso mesmo quando apresenta efeitos adversos. O doente pode apresentar um ou mais desses comportamentos. Raro em paciente com dor crônica. Pacientes com história prévia de vício em drogas ou desordens psiquiátricas tem maior risco de desenvolvê-lo.

➤ **Uso de metadona para desmame de opioide e de ventilação mecânica**

Pacientes internados em UTIs, principalmente aqueles que necessitam de ventilação mecânica (VM), são submetidos a vários procedimentos que podem causar dor e ansiedade. O uso de analgésicos e sedativos, além de proporcionar conforto, facilita a adaptação à ventilação mecânica, diminui o estresse, e reduz o consumo e a demanda metabólica de oxigênio⁹⁵.

Contudo, uma das maiores preocupações relacionadas ao uso de opioides e benzodiazepínicos em infusão contínua prolongada ou em doses elevadas é o surgimento de tolerância e dependência, contribuindo para o desenvolvimento da síndrome de abstinência no momento da diminuição ou da retirada destas medicações. A síndrome de abstinência, quando desencadeadora de grave agitação psicomotora, está relacionada a maior frequência de efeitos adversos como auto-extubação, aumento do tempo de VM, maior tempo de internação na UTI, maior tempo de internação hospitalar e maiores custos⁹⁵.

Visando o tratamento dessa síndrome, foram realizados vários estudos em UTIs pediátricas, que demonstraram a eficácia e segurança no uso da metadona para prevenir ou tratar a síndrome de abstinência relacionada com o uso de opioides⁹⁵⁻¹⁰².

Quanto ao uso da metadona em adultos para desmame de sedação e analgesia de pacientes em VM, há poucos estudos. Aqueles existentes são pequenos, têm evidência limitada com resultados restritos a grupos pequenos e específicos de pacientes, sendo necessárias maiores pesquisas sobre a eficácia e segurança no uso da metadona em pacientes graves^{95,103,104}. Ainda assim, a prática do uso de metadona oral para desmame da infusão contínua de opioide como o fentanil, tem sido muito utilizada em UTI's brasileiras, inclusive por quem não tem experiência com essa droga.

A metadona é um analgésico opioide que age como agonista do receptor mu, antagonista do receptor NMDA, e inibidor da recaptação de serotonina e norepinefrina. O antagonismo do

receptor NMDA contribui com benefícios adicionais na analgesia da metadona, aumentando a eficácia da droga no tratamento da dor neuropática¹⁰³. Porém, devido a uma grande variação interindividual na fase de eliminação (meia vida de 10-75 horas), podem ocorrer acumulação da droga com potencial toxicidade. A metadona é excretada principalmente pelas fezes, e apenas uma pequena porção é eliminada pela urina. Portanto, não é contra-indicada em insuficiência renal⁸⁷.

A prescrição da metadona requer experiência por parte do médico, devido principalmente à sua longa meia-vida e tendência de acúmulo, especialmente quando a depuração renal está diminuída. Com relação aos seus efeitos adversos, a metadona possui os mesmos de toda a classe de opioides. Porém, ainda existe uma preocupação considerável com a possibilidade de aumento do intervalo QT no eletrocardiograma, alterações na condução cardíaca e desenvolvimento de síndrome serotoninérgica como efeitos adversos^{76,103}.

A síndrome de alargamento do intervalo QT e “*torsade des pointes*”, secundárias ao uso de metadona, podem levar a uma mortalidade de até 17%: portanto, recomenda-se monitorar o eletrocardiograma e o aparecimento de prolongamento do intervalo QT nos pacientes em tratamento com metadona. Doses diárias de 30mg ou mais de metadona estão relacionadas com aumento do QT. Aumentos de mais de 30ms do intervalo QT de base são considerados clinicamente significativos, e aumentos de 60ms do intervalo de base já são fatores de risco para desenvolvimento de “*torsade des pointes*”. Esse efeito pode ser potencializado em pacientes que recebem outras medicações como os inibidores da CYP3A4 (fluoxetina, claritromicina, fluconazol, valproato), em vigência de hipocalcemia ou com redução da função hepática⁸⁷.

O início da metadona em pacientes que requerem altas doses de analgesia e sedação contínuas pode facilitar o desmame da sedação e conseqüentemente desmame de VM. Contudo, o paciente em que essa droga será administrada deve ser bem selecionado^{103,105-107}:

- pacientes com história de uso crônico ou abuso de opioides;
- pacientes vítimas de queimaduras (analgesia com menor sedação e menor tempo de uso de VM).

A metadona deve ser iniciada em dose baixa, apesar de exposição prévia a opioides. Vários esquemas de rotação de opióides são descritos na literatura para a metadona^{76,77,87}, todavia no desmame de infusão contínua de outro opioide, não é necessária dose equianalgésica. A sugestão de uso da metadona nesses casos é¹⁰³:

- iniciar 10 mg a cada 8-12h, e titular (aumentar ou reduzir dose) a cada 3-5 dias, pois a concentração da droga não alcançará um platô até 3-7 dias. Portanto, a redução da infusão do opioide em desmame também levará esse tempo. Neste intervalo de redução da infusão do opioide e uso da metadona, o paciente pode necessitar de doses de resgate de opioides como morfina.
- Se a infusão contínua ou doses de resgates do opioide em desmame forem necessárias após o período de 3-5 dias, deve-se considerar o aumento da dose de metadona.
- Pacientes graves podem ter absorção gastrointestinal reduzida, o que limitaria a resposta à metadona enteral.

A estratégia para desmame da metadona, após retirada da infusão contínua do outro opioide é variável, dependendo da dose e da duração do tratamento de cada paciente. Após um período de 5-10 dias, poderá ocorrer o desmame de metadona, reduzindo-se 10-25% da dose a cada 2-3 dias. A retirada da medicação poderá ser feita quando se alcançar uma dose diária de 10 mg. O paciente deve ser sempre monitorado quanto a efeitos colaterais e interações medicamentosas quando em uso de metadona¹⁰³.

➤ Controle dos sintomas presentes em fim de vida

O "processo ativo de morte", também chamado de "últimas quarenta e oito horas de vida", caracteriza-se por morte próxima e irreversível, com sobrevida média de horas a dias, que podem ser acompanhadas de sinais e sintomas indicativos: *anorexia e nenhuma ingestão de líquidos, imobilidade, sonolência, alterações cognitivas ou delirium, mioclonus, dor, dispneia, colapso periférico e ronco final, além de falências funcionais*. Nas últimas horas, o paciente se torna progressivamente mais "ausente" da vida^{108,109}.

A terapêutica dirigida a pacientes em final de vida deve ser baseada na racionalidade terapêutica e na individualização dos cuidados. A maioria dos medicamentos usados para o tratamento de doenças crônicas como a hipertensão e diabetes pode ser suspensa quando o paciente entra em processo ativo de morte, para evitar interações medicamentosas indesejáveis. Os sintomas desconfortáveis são prioridades absolutas e muitas vezes a terapêutica se dirige exclusivamente a estes. O uso de profiláticos contra trombozes, antidepressivos, diuréticos, protetores gástricos (a menos que se esteja em corticoterapia) também não se justificam nesta fase¹⁰⁸.

Sendo assim, os objetivos de cuidados ao paciente em processo ativo de morte são^{108,109}:

- minimizar o sofrimento (físico, psicológico, existencial, espiritual, social) de pacientes e familiares,
- controlar sintomas,
- prevenir os agravos das últimas horas de vida,
- evitar recursos terapêuticos fúteis ou obstinados^{4,22-24}, como repetição de exames, medidas de glicemia capilar, uso de ventilação mecânica, infusão de drogas vasoativas ou outros procedimentos que não visem exclusivamente melhora dos sintomas.

Anorexia e nenhuma ingestão de líquidos

Nas últimas horas de vida, as atividades metabólicas estão diminuídas, ocasionando uma anorexia "fisiológica". O paciente pode não ingerir nenhum alimento e a aceitação de líquidos se torna progressivamente menor^{108,109}.

Os efeitos do jejum prolongado são mediados por alterações hormonais e efeitos anorexígenos de cetonas circulantes. Essas alterações levam à diminuição da taxa metabólica necessária para suprir as demandas metabólicas basais. Além disso, esses pacientes apresentam diminuição substancial de secreções respiratórias, tosse, náuseas, vômitos e diarreia. O aumento de cetonas circulantes também diminui a sensação de fome e ocasiona sensação de bem-estar¹¹⁰.

Nessa situação, forçar a alimentação por meio do uso de nutrição enteral ou parenteral pode ser considerado um procedimento fútil, pois não contribui para o alívio de nenhum sintoma ou reversão do quadro e provoca desconforto físico tanto pela presença da sonda em si como por novos sintomas que podem surgir: náuseas, vômitos, sensação de plenitude gástrica e desconforto abdominal, além de aumentar o risco de aspiração brônquica. Nessa fase, não há evidências de que o aumento da ingestão calórica melhore força, energia, estado funcional ou prolongue a sobrevida^{108,109}.

No entanto, a comida tem conotações culturais. As famílias podem se sentir impotentes testemunhando fraqueza e perda de peso quando a ingestão de comida é baixa. Às vezes, isso é expresso como "morrendo de fome". A equipe deve se antecipar a essa preocupação, trazendo à tona o assunto: "Estou certo de que você está preocupado que ele não está comendo ou bebendo muito." Isso permite educação e aconselhamento sobre o processo normal de morte. Prestação de informações de uma forma culturalmente sensível reduz angústia e potenciais conflitos^{108,109}.

A falta completa de aceitação de líquidos nas últimas horas é bem tolerada pelo paciente e atinge o maior grau com a perda da habilidade de engolir: sinal que é muito indicativo de proximidade da morte. A hidratação artificial nesta fase é controversa e deve ser cuidadosa

para evitar acúmulos, como edema periférico, congestão pulmonar, tosse e desconforto respiratório, e diminuir a produção de fluido gastrointestinal (com menos vômitos, distensão abdominal e diarreia) e de urina, com menos necessidade de cateterismo^{108,109}.

Estudo multicêntrico, duplo cego, randomizado, placebo controlado, demonstrou que a hidratação venosa de 1 litro por dia não melhorou sintomas, qualidade de vida ou sobrevida comparada com o placebo¹¹¹.

. Nesta fase, é frequente a boca seca, entretanto não é indicação para hidratação artificial. Hidratar os lábios e a boca com gaze molhada, cubos de gelo ou saliva artificial pode trazer mais conforto^{108,109}.

Imobilidade

Quando o paciente em fim de vida não consegue mais se movimentar, deve-se manter apenas a mobilização passiva, cuidadosa para evitar desconfortos, a fim de prevenir úlceras por pressão. Além disso, devem ser mantidos os cuidados com pele e mucosas e evitar transferências, pois são desconfortáveis e dolorosas. É importante orientar os familiares sobre essas questões^{108,109}.

Sonolência

No final da vida, o paciente dorme praticamente todo o tempo, embora continue sendo despertável em alguns raros momentos. Pode se comunicar precariamente, abre os olhos com muita dificuldade e momentaneamente, retornando ao sono a seguir. Este sintoma é esperado nas últimas horas e não justifica redução ou suspensão das doses de sedativos ou analgésicos^{108,109}.

Alterações cognitivas

São sintomas frequentes, variando em intensidade. Nesta fase final de vida, a memória e o raciocínio se deterioram, as respostas são demoradas, inadequadas ou inexistentes e também podem surgir visões, alucinações e experiências sensoriais. Além disso, o olhar do paciente se torna fixo e muito profundo^{108,109}.

Delirium

O *delirium* terminal ocorre em 80% dos pacientes com câncer avançado na última semana de vida, é sinal de deterioração funcional significativa e indica a proximidade da morte. Pode ser hiperativo ou hipoativo e estar relacionado a vários fatores: hipóxia; variações tóxico-metabólicas como uremia, encefalopatia hepática; infecções; desidratação; acúmulo de medicamentos como opioides, anticolinérgicos e benzodiazepínicos^{108,109}.

As intervenções medicamentosas são recomendadas quando o *delirium* se torna agitado e representa uma ameaça ao conforto e segurança do paciente^{108,109}:

- considerar hidratação cuidadosa de até 1000ml/dia;
- reavaliar e ajustar dose de opioides, se oligúria ou anúria: em torno de 20 a 30% abaixo da dose anterior;
- prescrever neurolépticos, preferencialmente o haloperidol: baixas doses são suficientes para controlar o *delirium*, sendo as doses ajustadas de acordo com a necessidade de cada paciente;
- se necessário, associar ansiolítico de curta ação em pequenas doses ou infusão contínua (o mais usado é o midazolam).

Mioclonus

Os abalos musculares involuntários são frequentes e indicativos de neurotoxicidade. Podem ser secundários a medicamentos, distúrbios metabólicos (como uremia), hipóxia, desidratação ou edema do Sistema Nervoso Central, no caso de tumores e metástases centrais. São precursores de convulsões e devem ser controlados o mais rápido possível com anticonvulsivantes. Além disso, é fundamental rever medicações predisponentes¹⁰⁸.

Dor

O tratamento da dor, já abordado anteriormente, deve ser mantido até o final da vida, mesmo quando se instala um coma e não se conhece mais a dimensão do sintoma. **A suspensão abrupta de sedativos e opioides pode levar à abstinência física e provocar desconforto desnecessário ao paciente**^{108,109}.

Nas últimas horas de vida, o opioide mais utilizado para controle da dor é a morfina, pois também promove o controle de outros sintomas (como dispneia e tosse), com a vantagem de poder ser administrada por várias vias e não possuir dose teto^{108,109}.

Dispneia

Para o controle da dispneia, afastadas as possíveis causas reversíveis (derrames pleurais, infecções respiratórias ou desconforto causado por ascite, por exemplo), o medicamento de escolha é a morfina em baixas doses (10mg EV ou SC/24horas), associada ou não a benzodiazepínicos, como o midazolam (iniciar com 0,5 a 1mg/hora), ambos em infusão contínua parenteral (via venosa ou subcutânea). Naqueles pacientes que já recebem opioides para analgesia, a dose pode ser ajustada^{108,109}.

Os broncodilatadores podem ser indicados nos casos de broncoespasmo. Os corticoides podem ser usados no broncoespasmo e também nas condições em que seu uso como anti-inflamatório pode ajudar a reduzir um edema peritumoral que provoca dispneia, como nas linfangites pulmonares, compressões de veia cava superior, compressões de traqueia por tumores extrínsecos. O excesso de secreção brônquica pode ser aliviado pelo uso de anticolinérgicos, como escopolamina^{108,109}.

Em caso de hipoxemia, pode-se suplementar oxigênio, considerando-se que quando administrado sob cateter geralmente é melhor tolerado pelo paciente do que oxigênio sob máscara. Ainda assim, se um paciente hipoxêmico consistentemente retira o oxigênio suplementar e seu uso não parece ajudar no conforto, deve-se considerar a interrupção da oxigenioterapia. Além disso, abrir a janela ou colocar um ventilador próximo à face do paciente pode ajudar, uma vez que existem receptores mecânicos na região da face que são estimulados com fluxo aéreo e diminuem a sensação de dispneia^{108,109}.

Intubação orotraqueal NÃO é medida de conforto respiratório, pelo contrário, no paciente em fim de vida, é considerada procedimento fútil. O uso de ventilação não invasiva é controverso, mas pode ser considerado se houver balanço favorável entre o benefício real para controle de dispneia e o desconforto ocasionado pelo dispositivo^{5,108,109,112}.

Colapso periférico

As perdas de função orgânica que são desencadeadas no processo de fim de vida levam a diminuição do débito cardíaco e do volume intravascular com consequente diminuição da perfusão periférica (colapso periférico), caracterizada por taquicardia, hipotensão, perda de pulsos periféricos, palidez cutânea, extremidades frias, pele marmórea e cianose periférica. São comuns as alterações de padrão respiratório, com irregularidades no ritmo e períodos cada vez mais prolongados de apneia¹⁰⁸.

As vias de administração de medicamentos necessitam ser reavaliadas e adaptadas a cada caso. Os acessos venosos periféricos tornam-se difíceis e repetidas tentativas de

punção podem ser dolorosas. Acessos venosos centrais não devem ser instalados nesta fase pelo alto risco que representam e por serem desproporcionais diante do quadro clínico instalado. Sendo assim, é de grande valor nesta fase o manejo adequado da hipodermóclise ou **acesso subcutâneo**. A maioria dos medicamentos essenciais ao controle de sintomas nesta fase pode ser administrada por via subcutânea com boa efetividade e sem efeitos colaterais indesejáveis^{90,108,113}.

Hipersecreção em vias aéreas ou ronco final

O ronco final (*death rattle*) ou “sororoca” caracteriza-se por uma respiração ruidosa, plena de secreções, causada pela incapacidade de deglutir saliva e de tossir. Deve ser prevenido ou minimizado^{108,109}:

- Podem ser usadas medicações com efeito anti-colinérgico:
 - Escopolamina (dose máxima 120mg/dia);
 - Nebulização com Ipratrópio;
 - Atropina colírio NA BOCA (na boca mesmo: 1 a 2 gotas em cada canto da boca 3 a 4x/dia), em caso de hipersecreção traqueal ou hipersalivação.
- Reduzir hidratação venosa.
- Evitar aspirações de vias aéreas, pelo desconforto que causam ao paciente.

Outros sinais e sintomas

Podem estar presentes¹⁰⁹:

- Náuseas e vômitos:
 - A abordagem deve ser baseada no mecanismo associado.
 - Se for devido a mecanismos não específicos no final da vida, pode-se utilizar haloperidol em doses baixas: 0.25 a 0.5mg via SC ou EV a cada 6 a 8 horas.
- Perda de controle esfinteriano, com conseqüente incontinência urinária e fecal.
- Ansiedade:
 - Pode ser necessário o tratamento com benzodiazepínicos (como Midazolam).
- Incapacidade de fechar os olhos:
 - A caquexia leva à perda da camada de gordura retroorbitária, fazendo a órbita cair posteriormente dentro de sua cova. Devido a isso, as pálpebras não podem se fechar completamente, deixando alguma conjuntiva exposta mesmo quando o paciente está dormindo.
 - Utilizar lubrificantes oftálmicos ou soro fisiológico.

➤ Sedação paliativa

Sedação paliativa corresponde ao uso de **medicamentos sedativos específicos para reduzir o nível de consciência**, com consentimento do paciente ou responsável, para aliviar **sofrimento intolerável causado por sintomas refratários** em pacientes com doença avançada em fase final de vida. Como em outros processos de decisão, esse também deve ser parte de uma decisão compartilhada^{5,10,18} entre equipe, paciente e família¹¹⁴⁻¹¹⁶. É aconselhável perguntar ao paciente e aos membros da família se eles têm metas específicas que devem ser cumpridas antes de iniciar a sedação ou se eles apreciariam um capelão ou suporte espiritual antes de iniciar a sedação¹¹⁵.

Primeiramente, é necessário diferenciar sintoma difícil e sintoma refratário, pois a sedação paliativa somente se aplica a sintomas refratários¹¹⁴⁻¹¹⁶.

- Sintoma difícil: para ser adequadamente controlado precisa de intervenção terapêutica especializada (farmacológica e não farmacológica).
- **Sintoma refratário:** não pode ser controlado adequadamente, apesar de repetidas e intensas tentativas de tratamento (não invasivo) tolerável, sem que se comprometa o nível de consciência. Os mais comuns são delirium, dispneia e dor, mas também podem ser hemorragia maciça, convulsão.

É importante destacar que para que se considere um sintoma como refratário, deve-se ter **conhecimento** sobre os passos anteriores. Além disso, sedação paliativa **NÃO É EUTANÁSIA**, portanto: não interfere no processo de morte do paciente, não reduz sobrevida (tabela 7). Alguns estudos mostram, inclusive, sobrevida maior nos pacientes sedados comparados aos não sedados, mas não é objetivo a ser atingido¹¹⁴⁻¹¹⁶.

Tabela 7: **Diferenças entre sedação paliativa e eutanásia**¹¹⁴.

	Sedação Paliativa	Eutanásia
Intenção	aliviar sintoma refratário / sofrimento	provocar a morte para cessar o sofrimento
Meios	diminuição do nível de consciência	terminar com a vida
Processo: drogas e doses	drogas sedativas ajustadas à resposta do paciente	drogas letais com incremento rápido
Objetivo final	alívio do sofrimento	morte rápida
Reversibilidade	sim, a princípio	NÃO
Morte por causa natural	sim	NÃO
Somente no final da vida	sim	NÃO

Fonte: Kira CM. Sedação Paliativa. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 517-30¹¹⁴.

Classificação da sedação paliativa¹¹⁴:

- Quanto ao objetivo:
 - sedação primária: a finalidade da intervenção terapêutica é a diminuição do nível de consciência;
 - sedação secundária: o rebaixamento do nível de consciência é consequência do efeito farmacológico da medicação usada para controlar um sintoma específico. Por exemplo, como ocorre no tratamento da dor (uso de opioides) e no tratamento do delírio (uso de neurolépticos).
- Temporalidade:
 - sedação intermitente: é aquela que permite períodos de alerta do paciente;
 - sedação contínua: a diminuição do nível de consciência ocorre de forma permanente.
- Intensidade:
 - sedação superficial: mantém um nível de consciência no qual o paciente ainda pode comunicar-se (verbal ou não verbal);
 - sedação profunda: a que mantém o paciente em estado de inconsciência.

Morfina ou fentanil em bomba de infusão NÃO é sedação paliativa: é analgesia⁷⁴.
Devem ser usadas medicações **sedativas e não analgésicas**¹¹⁴⁻¹¹⁶:

- benzodiazepínicos (como midazolam);
- neurolépticos (como haloperidol);
- barbitúrico;
- anestésicos.

A sedação deve ser proporcionada, sendo o nível de sedação titulado individualmente, uma vez que o nível requerido para alcançar alívio adequado do sintoma será altamente variável. Além disso, **sedação não substitui analgesia: é MÁ prática médica suspender analgesia em vigência de sedação**¹¹⁴⁻¹¹⁶.

➤ **Considerações finais**

Nas últimas horas, todos os sintomas devem ser minuciosamente tratados e sempre que possível antevistos. A prevenção é a melhor medida. Além da terapêutica específica, medidas de conforto, bem como de apoio espiritual e familiar, são fundamentais nesta fase¹⁰⁸.

Alguns princípios são fundamentais frente à morte do outro¹⁰⁹:

- aceitar a finitude como natural;
- manter dignidade e autonomia do paciente;
- não abandonar paciente nem familiares;
- ter habilidades clínicas e de comunicação, empatia e compaixão.

Como já exposto, é preciso respeitar preferências do paciente quanto a cuidados e intervenções, que podem ser manifestadas através das Diretivas Antecipadas de Vontade. Além disso, deve-se abordar se o paciente tem preferência sobre local de morte, sobre seu enterro e até mesmo sobre o recebimento de visitas: alguns pacientes não querem mais receber visitas nesta fase final da vida¹⁰⁹.

O ambiente deve ser mantido calmo e arejado. Os familiares devem ser estimulados a tocar no paciente e a manter conversas agradáveis, mesmo que o paciente não responda. O paciente deve se sentir acolhido, com presença contínua de alguém querido, capaz de cuidar do conforto e ao mesmo tempo permitir uma partida serena e digna¹⁰⁸.

8.3.1 Fármaco(s)

Sugestões para prescrição de analgésicos^{74,76,77,87}:

Dor leve (EVN 1 a 3):

- Paracetamol VO 500 a 1000mg 6/6h
ou
- Dipirona VO 500 a 1000mg (20 a 40 gotas da solução oral: 500mg/ml) 6/6h

Dor Moderada (EVN 4 a 6):

Opioide fraco:

- Codeína VO 30mg 4/4h ou 6/6h - máximo 360mg/dia
ou
- Tramadol EV 100mg 6/6h – máximo 400mg/dia

OU

Opioide forte em dose baixa:

- Morfina VO 5mg 4/4h
ou
- Oxycodona VO 10mg 12/12h

Dor Intensa (EVN 7 a 10):

Opioide forte – nenhum tem dose máxima ou dose teto, tomar o cuidado de iniciar em **doses baixas** e fazer **titulação** criteriosa, guiada por resposta terapêutica:

- Morfina VO 5-10mg 4/4h OU Morfina EV 2 a 5mg 4/4h ou em infusão contínua:
 - Os metabólitos se acumulam em pacientes com insuficiência renal.
 - É bem tolerada em pacientes com hepatopatias, sendo que, nestes pacientes, a sua meia-vida pode aumentar e a dose deve ser espaçada para três a quatro vezes ao dia.

ou

- Oxycodona VO 10-20mg 12/12h (os comprimidos **não** podem ser **partidos ou macerados**)

ou

- Metadona – reservada ao **especialista**: meia-vida extremamente variável (10 – 75h), com efeitos cumulativos e toxicidade elevada; alternativa em caso de insuficiência renal

ou

- Fentanil TD – reservado ao **especialista**:
 - alto custo: reservar aos pacientes com intolerância / impossibilidade de VO ou difícil manejo com os demais opioides;
 - alternativa em caso de insuficiência renal.
- Fentanil EV - em manejo de paciente crítico, preferencialmente em **ambiente de UTI**:
 - Fentanil é 100 vezes mais potente do que a Morfina;
 - dose de ataque 0.5-2 µg/kg via EV, seguida de infusão EV contínua de 0.5-2 mcg/kg/h (meia-vida curta, depende de infusão contínua para manutenção de seu efeito analgésico);
 - alternativa em caso de insuficiência renal.

É importante lembrar que o **Fentanil é droga analgésica e seu uso como agente sedativo é INADEQUADO**⁷⁴.

8.3.2 Esquema de Administração

Tabela 8: **Recomendações de esquema de administração dos medicamentos*** citados nesse protocolo^{74-77,88-91,113}.

Substância ativa	Apresentações padronizadas para atendimento hospitalar na SES-DF	Posologia recomendada	Dose máxima diária
Paracetamol	Comprimidos: 500mg Solução oral: 200mg/mL (frasco 15 mL)	500mg a 750mg VO de 6/6h	Recomenda-se 4000mg (bula)
Dipirona	Solução oral: 500mg/mL (frasco 10 mL) Solução injetável: 500 mg/mL (ampola 2 mL)	500mg a 1000mg VO, EV ou SC de 6/6h	Recomenda-se 4000mg (bula)

Codeína (fosfato)	Comprimido 30mg	30mg VO de 4/4h ou de 6/6h	360mg
Tramadol (cloridrato)	Solução injetável: 50 mg/mL (ampola 2 mL)	50mg a 100mg EV ou SC de 6/6h ou de 8/8h	400mg
Morfina de ação rápida	Comprimidos: 10mg e 30mg Solução injetável: 10mg/mL (ampola 2 mL), 0,1 mg/mL (ampola 1 mL) e 1 mg/mL (ampola 2 mL)	Dose inicial: 5mg a 10mg VO de 4/4h OU 2 a 5mg EV ou SC de 4/4h ou em infusão contínua	Não tem
Morfina de liberação prolongada (LC)	Cápsulas 30mg, 60mg e 100mg	Dose inicial: 30mg VO de 12/12h	Não tem
Oxicodona de liberação prolongada	Cápsulas de 10mg e 20mg	Dose inicial: 10mg a 20mg VO de 12/12h	Não tem
Metadona (cloridrato)	Comprimidos 10mg	Dose inicial: 5mg VO de 12/12h	Não tem
Fentanil	Adesivo transdérmico: 25mcg/h, 50mcg/h e 100mcg/h Solução injetável: 0,05 mg/mL (ampola 2 mL) e 0,05 mg/mL (ampola ou frasco-ampola 10 mL)	Dose inicial: 25mcg/h TD a cada 72h OU 0.5 a 2mcg/kg/h EV ou SC em infusão contínua	Não tem
Escopolamina (brometo de n butil) (para hipersecreção)	Comprimido / drágea: 10mg Solução injetável: 20 mg/mL (ampola 1 mL)	10mg a 20mg VO, EV ou SC de 4/4h ou de 6/6h	120mg/dia
Ipratrópio (brometo)	Solução para inalação: 0,25 mg/mL (frasco 20 mL)	20 a 40 gotas (0.25 a 0.5mg) de 6/6h ou de 8/8h	2mg
Haloperidol	Comprimidos: 1mg e 5mg Solução oral gotas: 2 mg/mL (frasco 20 mL) Solução injetável: 5 mg/mL (ampola 1 mL)	Dose inicial: 0.5 a 1ml VO, SC ou EV de 8/8h Evitar a via IM, pois é muito desconfortável	Recomenda-se 5 a 10mg/dia

Midazolam (para sedação paliativa)	Comprimido 15mg Solução injetável: 5 mg/mL (ampola 10 mL), 15 mg (ampola 3 mL) Solução oral: 2 mg/mL (frasco 10 mL)	7.5mg a 15mg VO 1x/dia Bolus para indução: 2.5 a 5mg EV ou SC Dose contínua inicial: 0.5mg/h	Recomenda-se 160mg/dia
--	---	--	------------------------

*Em caso de suspeita de Reação Adversa a Medicamento deve-se notificar o Núcleo de Segurança do Paciente de cada hospital.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Indeterminado, enquanto o paciente apresentar sintomas ou até sua morte.

9- Benefícios Esperados

A incorporação do modelo paliativista em complementação ao tradicional modelo de resgate de vida oferece benefícios significativos aos pacientes críticos, suas famílias e equipe assistente: não apenas para os pacientes terminais e para aqueles com doença aguda que não sobrevivem à UTI, mas também para os sobreviventes para os quais nenhuma medida de resgate de vida foi limitada. Isso ocorre porque o modelo paliativista contribui para melhor alívio do sofrimento físico e psíquico de todos os pacientes e seus familiares⁷⁴.

Cuidados Paliativos aliviam o sofrimento e agregam qualidade à vida e ao processo de morrer. Para isso, são imprescindíveis, o controle impecável dos sintomas e habilidades adequadas de comunicação empática. Além disso, uma abordagem precoce permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes às doenças de base^{1,25}.

O aumento dos gastos governamentais em saúde não parece ser a resposta para melhorar a qualidade de morte, já que o Cuidado Paliativo é uma alternativa custo-efetiva para o sistema de saúde. Além disso, há evidências de que o cuidado paliativo não só aumenta a qualidade de vida, mas também pode aumentar a sobrevida¹⁹. Em estudo randomizado, onde pacientes receberam cuidado oncológico padrão ou cuidado oncológico padrão associado a Cuidados Paliativos precocemente, o grupo que recebeu Cuidados Paliativos apresentou maior qualidade de vida, menos sintomas depressivos e maior sobrevida (11.6 meses x 8.6 meses, $p = 0.02$)¹¹⁷.

A família também está incluída no processo de cuidado e os Cuidados Paliativos auxiliam pacientes e familiares a^{1,3,25}:

- Identificar e respeitar valores e desejos do paciente;
- lidar com questões psicológicas, sociais, espirituais, como medos, expectativas, necessidades e esperanças;
- resgatar pendências e resolver conflitos;
- compreender a evolução da doença e da cadeia de acontecimentos que levará ao evento final;
- lidar com as perdas durante a doença e o período de luto;
- alcançar o seu potencial máximo, mesmo diante da adversidade.

Estudo prospectivo associou Cuidado Paliativo pró-ativo, através de intervenção de consultores paliativistas nas visitas médicas em uma UTI, com abordagem mais precoce da família e reuniões familiares em maior quantidade, além de menor duração da internação hospitalar em pacientes de alto risco de morbidade ou mortalidade¹¹⁸.

Não resta dúvida sobre a importância da educação e do treinamento dos profissionais para a implantação de cuidados paliativos nas UTIs, cuidados esses que podem levar a diminuição do tempo de internação e a melhor qualidade do atendimento nesses setores⁶.

10- Monitorização

Cuidados de alta qualidade para pacientes de Unidade de Terapia Intensiva e suas famílias incluem Cuidados Paliativos^{119,120}. Os domínios da qualidade de Cuidados Paliativos na UTI incluem: cuidados que mantêm conforto, dignidade e personalidade dos pacientes; comunicação oportuna, eficaz e compassiva com pacientes e suas famílias; alinhamento da tomada de decisão médica com os valores, objetivos e preferências dos pacientes; apoio à família; apoio aos médicos da UTI^{121,122}.

Além disso, uma vez que diversas sociedades científicas de referência têm gerado recomendações para Adequação de Medidas em UTI, este também pode ser um indicador de qualidade da assistência em Medicina Intensiva⁴.

Sendo assim, conforme adaptação dos indicadores do processo de Cuidados Paliativos em UTI, baseados em evidências e que são viáveis rotineiramente, sugeridos pela *Agency for Healthcare Research and Quality's National Quality Measures Clearinghouse*¹²⁰, propõe-se a seguinte monitorização, através da revisão do prontuário:

- Em até 24h da admissão:
 - identificar o médico responsável pelas decisões,
 - identificar Diretrizes Antecipadas de Vontade;
 - avaliar a dor;
 - controlar adequadamente a dor;

- Em até 72h da admissão:
 - comunicação empática sobre Adequação de Medidas com paciente e familiares, quando indicado;

- Em até 5 dias da admissão:
 - realizar reunião familiar com equipe multidisciplinar, quando indicado.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Pacientes e familiares necessitam de acesso a Cuidados Paliativos em cada um dos ambientes em que estejam recebendo cuidados. Sendo assim, é importante garantir a continuidade do cuidado com abordagem paliativa.

Todos os profissionais que tem contato com pacientes com doença ameaçadora da continuidade da vida devem estar capacitados para prestar Cuidados Paliativos de qualidade. Para isso, programas de educação continuada e de treinamento são fundamentais, permitindo que se alcance um acolhimento genuíno às demandas dos pacientes e seus familiares.

Considerando a possibilidade de trabalho em rede assistencial, é fundamental que cada consulta, visita ou internação resulte em um **plano de cuidados** ao paciente e sua família. Qualquer que seja a fase da doença, é fundamental ter clareza do problema, das necessidades, da evolução em que se encontra e a possibilidade de antever e prevenir novas crises. O plano de cuidados deve ser claro o bastante para que o tratamento proposto possa ser continuado por toda a rede assistencial, inclusive em unidades de emergência e hospitais gerais onde o paciente poderá ser atendido por outras equipes.

Atualmente o seguimento dos pacientes, em caso de alta da UTI, pode se dar em enfermarias de Clínica Médica ou de Especialidades Médicas (como Neurologia e Oncologia), nas Unidades de Internação de Cuidados Paliativos Oncológicos e Geriátricos do Hospital de Apoio de Brasília, através de assistência pelas Equipes de Atenção Domiciliar ou Equipes de

Saúde da Família, de acordo com a complexidade de cada caso e considerando a capacitação dos profissionais envolvidos. Caso se aplique, pode-se considerar acompanhamento ambulatorial especializado disponível nas Unidades de Cuidados Paliativos do Hospital de Base do Distrito Federal e do Hospital de Apoio do Distrito Federal.]

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

[Não se aplica.]

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

- [Relatório mensal realizado pelas chefias das UTIs adulto de cada regional contendo:
 - os indicadores citados no item 10;
 - número de pacientes em que os cuidados paliativos foram estabelecidos como prioridade de cuidado;
 - desfecho desses casos: alta da UTI (e destino) ou morte digna (ortotanásia), preferencialmente com presença de familiares;
 - número de pacientes reinternados em UTI após alta com estabelecimento de cuidados paliativos como prioridade.
- Compilação mensal dos dados dos relatórios das chefias pela Coordenação de UTI adulto.
- Reuniões trimestrais para:
 - apresentação dos dados compilados pela Coordenação da UTI adulto;
 - rediscussão de estratégias de implantação e
 - discussão dos casos clínicos mais difíceis com médico paliativista.]

14- Referências Bibliográficas

[1 - 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.

2 - WHO Definition of Palliative Care [homepage na Internet]. WHO 2017 [acesso em março 2017]. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

3 - Azevedo D, Tommaso ABG, Burlá C, Santos G, Dias LM, Py L, et al. Vamos falar de Cuidados Paliativos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2015. 24 p.

4 - 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.

5 - Cook D, Rocker G. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *N Engl J Med.* 2014;370:2506-14.

6 - 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.

7 - Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassell J, Cox P, Hill N, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med.* 2004;30:770-84.

8 - Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2008;36:953-63.

9 - Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008;177:912-27.

10 - Australian and New Zealand Intensive Care Society. ANZICS Statement on Care and Decision-Making at the End of Life for the Critically Ill. 1 Ed. Melbourne: ANZICS; 2014. 148 p.

11 - Sprung CL, Truog RD, Curtis JR, Joynt GM, Baras M, Michalsen A, et al. Seeking worldwide professional consensus on the principles of end-of-life care for the critically ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014 Oct 15;190(8):855-66.

12 - Joynt GM, Lipman J, Hartog C, Guidet B, Paruk F, Feldman C, et al. The Durban World Congress Ethics Round Table IV: health care professional end-of-life decision making. *J Crit Care.* 2015 Apr;30(2):224-30.

13 - Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, Lo B, Truog RD, Rushton CH, et al. An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015;191:1318–30.

14 - Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National Consensus Statement: essential elements for safe and high-quality end-of-life care. Sydney: ACSQHC; 2015. 44 p.

15 - Myburgh J, Abillama F, Chiumello D, Dobb G, Jacobe S, Ruth Kleinpell R, et al. End-of-life care in the intensive care unit: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care.* 2016;34:125-30.

16 - Connor SR, Bermedo MCS (Ed.). Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. WPCA, WHO; 2014. 11 p.

- 17- McClement SE, Chochinov HM, Kredentser M. Dignity in palliative care. In: Bruera E, Higginson I, Gunten CH, Morita T (Ed.). Textbook of Palliative Medicine. CRC Press; 2015. p. 127-34.
- 18 - Forte DN, Carvalho RT. Processo de tomada de decisão: como diferenciar as fases de assistência paliativa na UTI. In: Moritz RD (Org.). Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Editora Atheneu; 2012. p. 33-40.
- 19 - The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. The Economist; 2015. 71 p.
- 20 - The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Country profiles. The Economist; 2015. 86 p.
- 21 - Cherny NI, Einav S, Dahan D. Palliative medicine in the intensive care unit. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC (Ed.). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5 ed. Oxford University Press; 2015. p. 1013-21.
- 22 - Siqueira JE, Pessini L. Aspectos éticos sobre a terminalidade da vida no Brasil. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 411-4.
- 23 - Torres JH. Ortotanásia não é homicídio, nem eutanásia. Quando deixar morrer não é matar. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 415-38.
- 24 - Torres JH. Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia. In: Moritz RD (Org.). Conflitos bioéticos do viver e do morrer. CFM; 2011. p. 157-85.
- 25 - 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.
- 26 - Gutierrez PL. O que é o paciente terminal. Rev Ass Med Brasil 2001; 7(2):92.
- 27 - Marengo MO, Flávio DA, Silva RHA. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. Medicina (Ribeirão Preto) 2009;42(3):350-7.
- 28 - Código Penal Brasileiro, decreto-lei n. 2.848 (7 dez. 1940).
- 29 - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. D.O.U. 31 ago. 2012; Seção I, p. 269-70.
- 30 - Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. Rev bioét (Impr.) 2013;21(1):106-12.
- 31 – Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM n. 1931 de 17 set. 2009. Brasília: CFM; 2010. 98 p.

- 32 - Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. D.O.U. 05 out. 1988; n. 191-A, Seção I, p. 1.
- 33 – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1805/2006. D.O.U. 28 nov. 2006; Seção I, p. 169.
- 34 - Ministério da Saúde. Direitos e deveres dos usuários da saúde. Portaria n. 1.820. (13 ago. 2009).
- 35 - Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. - Portaria nº 675/GM (30 mar. 2006).
- 36 - Conferência Geral da UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO. Paris: UNESCO, 19 out. 2005.
- 37 – Câmara dos Deputados. Estatuto do idoso. Lei n. 10.741, de 1 out. 2003 (Estatuto do idoso), e legislação correlata. 5. ed. Brasília: Edições Câmara; 2017. 59 p.
- 38 - Lei orgânica da saúde, lei n. 8.080 (19 set. 1990).
- 39 - Chochinov HM, McClement SE, Kredentser MS. Dignity and palliative end-of-life care. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC (Ed.). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5 ed. Oxford University Press; 2015. p. 306-13.
- 40 – Nunes MI, Anjos MF. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. Rev. bioét. (Impr.).2014;22(2):241-51.
- 41 - Código Civil. Lei n. 10.406 (10 jan. 2002).
- 42 - Cogo SB, Lunardi VL. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2015;68(3):464-74.
- 43 - D’Avila RL. Prefácio II. In: Moritz RD (Org.). Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Editora Atheneu; 2012.
- 44 - Siqueira JE. Prefácio I. In: Moritz RD (Org.). Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Editora Atheneu; 2012.
- 45 - 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.
- 46 - Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Recommendations for the comprehensive and integrated care of persons with advanced chronic conditions and life-limited prognosis in health and social services: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.0; 2016. 13 p.

47 - Arantes ACLQ. Indicações de 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. 56-74.

48 - 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.

49 - Bender A, Jox RJ, Grill E, Straube A, Lulé D. Persistent vegetative state and minimally conscious state: a systematic review and meta-analysis of diagnostic procedures. Dtsch Arztebl Int 2015;112:235-42.

50 - Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Clin Esp. 2012;212(3):134-40.

51 - Noé-Sebastián E, Moliner-Muñoz B, O'Valle-Rodríguez M, Balmaseda-Serrano R, Colomer-Font C, Navarro-Pérez MD, et al. Del estado vegetativo al estado de vigilia sin respuesta: una revisión histórica. Rev Neurol 2012;55(5):306-13.

52 - von Wild K, Laureys ST, Gerstenbrand F, Dolce G, Onose G. The Vegetative State – A Syndrome in Search of a Name. Journal of Medicine and Life. 2012;5(1):3-15.

53 - National Health and Medical Research Council. Ethical guidelines for the care of people in post-coma unresponsiveness (vegetative state) or a minimally responsive state. Austrália: NHMRC; 2008. 66 p.

54 - Penalva LD. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. Revista Bioética 2009;17(3):523-43.

55 - The Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state - First of two parts. N Engl J Med.1994;330:1499-508.

56 - The Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state - Second of two parts. N Engl J Med. 1994;330:1572-9.

57 - Royal College of Physicians Working Group. The permanent vegetative state. Review by a working group convened by the Royal College of Physicians and endorsed by the Conference of Medical Royal Colleges and their faculties of the United Kingdom. J R Coll Physicians Lond. 1996 Mar-Apr;30(2):119-21.

58 - Carneiro AV, Antunes JL, Freitas AF. Relatório sobre Estado Vegetativo Persistente. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Fevereiro, 2005. 21 p.

59 - Giacino JT, Ashwal S, Childs N, Cranford R, Jennett B, Katz DI, et al. The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. Neurology. 2002;58:349-53.

- 60 - Estraneo A, Moretta P, Loreto V, Lanzillo B, Santoro L, Trojano L. Late recovery after traumatic, anoxic, or hemorrhagic long-lasting vegetative estate. *Neurology*. 2010 Jul 20;75(3):239-45.
- 61 - Estraneo A, Moretta P, Loreto V, Santoro L, Trojano L. Clinical and neuropsychological long-term outcomes after late recovery of responsiveness: a case series. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014 Apr;95(4):711-6.
- 62 - Souza RP, Forte D. Especificidades da comunicação em situações críticas. In: Moritz RD (Org.). *Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva*. São Paulo: Editora Atheneu; 2012. p. 5-18.
- 63 - Silva MJP, Araújo MMT. Comunicação 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. 75-85.
- 64 - Azoulay E, Kentish-Barnes N, Nelson JE. Communication with family caregivers in the Intensive Care Unit: answers and questions. *JAMA*. 2016 May 17;315(19):2075-7.
- 65 - Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. *The Oncologist*. 2000;5:302-11.
- 66 - Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Francisco Albano de Meneses FA, Othero JCB. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(4):422-8.
- 67 - Forte DN. Estratégias de Comunicação em Cuidados Paliativos. In: Santos FS (Org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Ed Atheneu. 2009. p. 223-31.
- 68 - Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol*. 2011 May;22(5):1030-40.
- 69 - Clayton JM, Tattersall MHN. Communication in palliative care. In: Bruera E, Higginson I, Gunten CH, Morita T (Ed.). *Textbook of Palliative Medicine*. CRC Press; 2015. p. 1047-53.
- 70 - Gustin J, Stowers KH, von Gunten CF. Communication Education for Physicians. In: Wittenberg E, Ferrell BR, Goldsmith J, Smith T, Ragan SL, Glajchen M, et al (Ed.). *Textbook of Palliative Care Communication*. Oxford University Press; 2016. p. 355-65.
- 71- Thurston A, Fettig L, Arnold R. Team Communication in the Acute Care Setting. In: Wittenberg E, Ferrell BR, Goldsmith J, Smith T, Ragan SL, Glajchen M, et al (Ed.). *Textbook of Palliative Care Communication*. Oxford University Press; 2016. p. 321-9.
- 72 - Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Sylvie Chevret S, Adrie C, et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007;356:469-78.

- 73 - ten Hoorn S, Elbers PW, Girbes AR, Tuinman PR. Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*. 2016;20:333.
- 74 - Kretzer LP. Cuidados Paliativos – identificação e controle dos sintomas. In: Moritz RD (Org.). *Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva*. São Paulo: Editora Atheneu; 2012. p. 53-70.
- 75 - Cardoso MGM. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado*. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 113-22.
- 76 - Wiermann EG, Diz MPE, Caponero R, Lages PSM, Araujo CZS, Bettega RTC, et al. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*. Dez 2014;10(38):132-43.
- 77 - National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: adult cancer pain. Version 2.2016. NCCN; 2016. 91 p.
- 78 - Victor T. Chang VT. Tools for pain and symptom assessment. In: Bruera E, Higginson I, Gunten CH, Morita T (Ed.). *Textbook of Palliative Medicine*. CRC Press; 2015. p. 341-59.
- 79 - Puntillo KA, Arai S, Cohen NH, Gropper MA, Neuhaus J, Paul SM, et al. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Crit Care Med*. 2010;38(11):2155-60.
- 80 - Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydłowski L, Żukowski M, Ely EW. Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients — Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 2017;49(1):66-72.
- 81 - Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. *Am J Crit Care*. 2006;15:420-7.
- 82 - Sakata RK. Analgesia e Sedação em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Anesthesiol*. 2010;60(6):648-58.
- 83 - Ingham JM, Moore HM, Phillips JL, Portenoy RK. The measurement of, and tools for, pain and other symptoms. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC (Ed.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5 ed. Oxford University Press; 2015. p. 376-90.
- 84 - Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain - United States, 2016. *JAMA*. 2016;315(15):1624-45.
- 85 - Morete MC, Mofatto SC, Pereira CA, Silva AP, Odierna MT. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor *Behavioural Pain Scale*. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(4):373-8.

86 - Azevedo-Santos IF, Alves IGN, Neto MLC, Badauê-Passos D, Santana-Filho VJ, Santana JM. Validation of the Brazilian version of Behavioral Pain Scale in adult sedated and mechanically ventilated patients. *Rev Bras Anesthesiol.* 2017;67(3):271-7.

87 - Minson FP, Garcia JBS, Oliveira Júnior JO, Siqueira JTT, Jales Júnior LH. Opioides – Farmacologia básica. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado.* 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 123-42.

88 - Coluzzi F, Taylor Junior R, Pergolizzi Junior JV, Mattia C, Raffa RB. Orientação para boa prática clínica para opioides no tratamento da dor: os três “Ts” - titulação (teste), ajustes (individualização), transição (redução gradual). *Rev Bras Anesthesiol.* 2016;66(3):310-7.

89 - Branford R, Wighton E, Ross J. Principles of drug therapy: focus on opioids. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC (Ed.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* 5 ed. Oxford University Press; 2015. p. 493-505.

90 - Azevedo DL (Org.). *Uso da via subcutânea em Geriatria e Cuidados Paliativos: um guia da SBGG e da ANCP para profissionais.* Rio de Janeiro: SBGG; 2016. 56 p.

91 - Transdermal and Parenteral Fentanyl Dosage Calculations and Conversions. In: McPherson ML. *Demystifying opioid conversion calculations: a guide for effective dosing.* American Society of Health System Pharmacists; 2009. p. 83-106.

92 - DALAL S. Assessment and management of opioid side effects. In: Bruera E, Higginson I, Gunten CH, Morita T (Ed.). *Textbook of Palliative Medicine.* CRC Press; 2015. p. 409-22.

93 - Kraychete DC, Sakata RK. Uso e rotação de opioides para dor crônica não oncológica. *Rev Bras Anesthesiol.* 2012;62(4):554-62.

94 - Price JR, Passik SD, Kirsh KL. Pain in patients with alcohol and drug dependence. In: Bruera E, Higginson I, Gunten CH, Morita T (Ed.). *Textbook of Palliative Medicine.* CRC Press; 2015. p. 519-26.

95 - Wanzuita R, Poli-de-Figueiredo LF, Pfuetszenreiter F, Cavalcanti AB, Westphal GA. Replacement of fentanyl infusion by enteral methadone decreases the weaning time from mechanical ventilation: a randomized controlled trial. *Crit Care.* 2012;16(2):R49.

96 - Katz R, Kelly HW, Hsi A. Prospective-study on the occurrence of withdrawal in critically ill children who receive fentanyl by continuous-infusion. *Crit Care Med.* 1994 May;22(5):763-7.

97 - Cammarano WB, Pittet JF, Weitz S, Schlobohm RM, Marks JD. Acute withdrawal syndrome related to the administration of analgesic and sedative medications in adult intensive care unit patients. *Crit Care Med.* 1998 Apr;26(4):676-84.

98 - Tobias JD, Deshpande JK, Gregory DF. Outpatient therapy of iatrogenic drug dependency following prolonged sedation in the pediatric intensive care unit. *Intensive Care Med.* 1994 Aug;20(7):504-7.

99 - Robertson RC, Darsey E, Fortenberry JD, Pettignano R, Hartley G. Evaluation of an opiate-weaning protocol using methadone in pediatric intensive care unit patients. *Pediatr Crit Care Med*. 2000 Oct;1(2):119-23.

100 - Lugo RA, MacLaren R, Cash J, Pribble CG, Vernon DD. Enteral methadone to expedite fentanyl discontinuation and prevent opioid abstinence syndrome in the PICU. *Pharmacotherapy*. 2001 Dec;21(12):1566-73.

101 - Meyer MM, Berens RJ. Efficacy of an enteral 10-day methadone wean to prevent opioid withdrawal in fentanyl-tolerant pediatric intensive care unit patients. *Pediatr Crit Care Med*. 2001 Oct;2(4):329-33.

102 - Berens RJ, Meyer MT, Mikhailov TA, Colpaert KD, Czarnecki ML, Ghanayem NS, et al. A prospective evaluation of opioid weaning in opioid-dependent pediatric critical care patients. *Anesth Analg*. 2006 Apr;102(4):1045-50.

103 - Elefritz JL, Murphy CV, Papadimos TJ, Lyaker MR. Methadone analgesia in the critically ill. *J Crit Care*. 2016 Aug;34:84-8.

104 - Al-Qadheeb NS, Roberts RJ, Griffin R, Garpestad E, Ruthazer R, Devlin JW. Impact of enteral methadone on the ability to wean off continuously infused opioids in critically ill, mechanically ventilated adults: a case-control study. *Ann Pharmacother*. 2012 Sep;46(9):1160-6.

105 - Bowens CD, Thompson JA, Thompson MT, Breitzka RL, Thompson DG, Sheeran PW. A trial of methadone tapering schedules in pediatric intensive care unit patients exposed to prolonged sedative infusions. *Pediatr Crit Care Med*. 2011 Sep;12(5):504-11.

106 - Williams PI, Sarginson RE, Ratcliffe JM. Use of methadone in the morphine-tolerant burned paediatric patient. *Br J Anaesth*. 1998 Jan;80(1):92-5.

107 - Concilus R, Denson DD, Knarr D, Warden G, Raj PP. Continuous intravenous infusion of methadone for control of burn pain. *J Burn Care Rehabil*. 1989 Sep-Oct;10(5):406-9.

108 - Américo AFQ. As últimas quarenta e oito horas de vida. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado*. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 533-43.

109 - Lacey J. Management of the actively dying patient. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC (Ed.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5 ed. Oxford University Press; 2015. p. 1125-33.

110 – Carvalho RT, Taquemori LY. Nutrição 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. 483-99.

111 - Bruera E, Hui D, Dalal S, Torres-Vigil I, Trumble J, Roosth J, et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Clin Oncol*. 2013 Jan 1;31(1):111-8.

112 - Carvalho RT. Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado*. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 151-67.

113 - Azevedo FE, e Barbosa MF. Via subcutânea: a via parenteral de escolha para administração de medicamentos e soluções de reidratação 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. 259-69.

114 - Kira CM. Sedação Paliativa. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado*. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 517-30.

115 - Cherny NI. Palliative sedation. In: Bruera E, Higginson I, Gunten CH, Morita T (Ed.). *Textbook of Palliative Medicine*. CRC Press; 2015. p. 1009-20.

116 - Krakauer EL. Sedation at the end of life. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC (Ed.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5 ed. Oxford University Press; 2015. p. 1134-41.

117 - Temel JS¹, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010 Aug 19;363(8):733-42.

118 - Braus N, Campbell TC, Kwekkeboom KL, Ferguson S, Harvey C, Krupp AE, et al. Prospective study of a proactive palliative care rounding intervention in a medical ICU. *Intensive Care Med*. 2016 Jan;42(1):54-62.

119 - Nelson JE, Mulkerin CM, Adams LL, Pronovost PJ. Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback. *Qual Saf Health Care*. 2006 Aug;15(4):264-71.

120 - Penrod JD, Pronovost PJ, Livote EE, Puntillo KA, Walker AS, Wallenstein S, et al. Meeting standards of high-quality intensive care unit palliative care: clinical performance and predictors. *Crit Care Med*. 2012 Apr;40(4):1105-12.

121 - Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, Danis M, Nelson J, et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2003 Sep;31(9):2255-62.

122 - Nelson JE, Puntillo KA, Pronovost PJ, Walker AS, McAdam JL, Iloa D, et al. In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2010 Mar;38(3):808-18. |