

GUSTAVO REBELATTO

**ANÁLISE DESCRITIVA DOS PACIENTES SUBMETIDOS  
À EXTUBAÇÃO PALIATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa  
do Mestrado Profissional associado à  
Residência Médica, da Universidade  
Federal de Santa Catarina, para  
obtenção do título de Mestre  
Profissional em Cuidados Intensivos e  
Paliativos.

FLORIANÓPOLIS  
2015



GUSTAVO REBELATTO

**ANÁLISE DESCRITIVA DOS PACIENTES SUBMETIDOS  
À EXTUBAÇÃO PALIATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa  
do Mestrado Profissional associado à  
Residência Médica, da Universidade  
Federal de Santa Catarina, para  
obtenção do título de Mestre  
Profissional em Cuidados Intensivos e  
Paliativos.

Orientadora: Profa. Dra. Rachel Duarte Moritz

FLORIANÓPOLIS  
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rebelatto, Gustavo

ANÁLISE DESCRITIVA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À EXTUBAÇÃO PALIATIVA

Gustavo Rebelatto; Orientadora, Profa. Dra. Rachel Duarte Moritz- Florianópolis, SC, 2015.

46p.

Dissertação (mestrado profissional - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos.

Inclui referências

1. Cuidados paliativos. 2. Extubação Paliativa. 3. Recusa/ suspensão terapia. 4. Futilidade médica

I. Moritz, Profa. Dra. Rachel Duarte . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos. III. Título.

## GUSTAVO REBELATTO

### ANÁLISE DESCRITIVA DOS PACIENTES SUBMETIDOS À EXTUBAÇÃO PALIATIVA

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Mestrado Profissionalizante em Cuidados Intensivos e Paliativos.

Florianópolis,

---

Profa. Dra. Rachel Duarte Moritz.  
Coordenadora do Curso

#### **Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Rachel Duarte Moritz  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr. Fernando Osni Machado  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Profa. Dra. Ana Maria Nunes de Faria Stamm  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr. Edevard José de Araújo  
Universidade Federal de Santa Catarina



Este trabalho é dedicado à minha amada esposa Nadine, que nunca mediu esforços para me acompanhar e me apoiar em todos os meus caminhos.



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente aos meus queridos pais, Aldo e Amelia, pelo exemplo de vida e pelo apoio fundamental em todas as minhas conquistas.

Aos meus irmãos, Cassius e Marlon, pessoas e profissionais que admiro profundamente e em quem me espelho para continuar a evoluir.

À minha amada esposa Nadine, pela fiel companhia, pelo amor inesgotável e pelo apoio sob qualquer circunstância.

À minha segunda família, Wanderlei, Beatriz e Renan, por sempre acreditarem em mim e pelo carinho com que sempre me recebem.

À minha orientadora, Dra. Rachel Duarte Moritz, pessoa admirável e excelente profissional, pelos ensinamentos em Medicina Paliativa e pela entusiasmante disposição para a realização deste trabalho.



“...só o amor edifica.”

1 Coríntios 8:1



## RESUMO

**Introdução:** O desenvolvimento tecnológico do mundo atual tem permitido o prolongamento do morrer, principalmente em unidades de terapia intensiva (UTI). Torna-se crescente a necessidade de decisões de limite de esforço terapêutico (LET), do qual se destaca a extubação paliativa, que embora difícil de ser aceita do ponto de vista emocional, tem respaldo ético-legal e aumenta a satisfação familiar.

**Objetivo:** Avaliar o perfil clínico-demográfico dos pacientes extubados paliativamente (ExPI) na UTI do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

**Método:** Coorte histórico, cujos dados foram coletados através das fichas preenchidas por médicos intensivistas que constituem a Comissão de Óbito da instituição. Foram incluídos os pacientes que morreram na UTI/HU/UFSC, após indicação de LET, entre janeiro/2011 e dezembro/2014. Foram selecionados os pacientes que foram ExPI, sendo anotados seus dados clínicos e epidemiológicos.

**Resultados:** LET foi apontado em 374 (53,8%) pacientes, sendo 23 (6,1%) ExPI. A média da idade dos ExPI foi de 73,8 anos, 10 tinham mais de 60 e 9 mais de 80 anos. Dez (43,4%) pacientes já haviam sido internados previamente em UTI. O tempo médio entre a internação-extubação foi 4,4 dias e entre extubação-morte foi de 2,5 dias. Doença neurológica foi a principal causa da morte dos pacientes ExPI. Todos os familiares estavam cientes da extubação. Familiares de 2 pacientes acompanharam a extubação. Morfina foi a medicação analgésica mais prescrita.

**Conclusão:** Os pacientes que foram ExPI eram mais idosos, acometidos preferencialmente por doenças neurológicas e o tempo médio entre a extubação e o óbito foi de 2,5 dias.

**Palavras-chave:** 1. Cuidados paliativos 2. Extubação Paliativa 3. Recusa/Suspensão terapia 4. Futilidade médica



## ABSTRACT

**Background:** *Current technological advancements have allowed the extension of the dying process, especially in Intensive Care Units (ICU). This has increased the need for decisions on the limitation of therapeutic effort (LTE), such as the use of palliative extubation that, although difficult from an emotional standpoint, has legal and ethical justifications, and increased family acceptance.*

**Objective:** *Evaluate the clinical and demographical profile of patients submitted to palliative extubation (PT) in the ICU of the University Hospital of the Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), Brazil.*

**Method:** *Historical cohort data obtained from forms filled out by critical care doctors from the Obituary Committee at the HU/UFSC. Patients submitted to LTE that died between January 2011 and December 2014 were included in the study. The use of PT and clinical and epidemiological data was collected.*

**Results:** *LTE was indicated in 374 (53.8%) patients, with 23 (6.1%) receiving PT. Average age of patients undergoing PT was 73.8 years; 10 patients were over 60 and 9 were over 80 years of age. Ten (43.4%) patients had been previously in the ICU. The average time from checking in the ICU and extubation was 4.4 days, and between extubation and death was 2.5 days. Neurologic disease was the main cause of death of patients under PT. All family members were aware of the extubation. Family members from 2 families witnessed the extubation. Morphine was the most common analgesic prescribed.*

**Conclusions:** *Patients submitted to PT were older, with neurologic disease, and the average time from extubation to death was 2.5 days.*

**Keywords:** 1. Palliative care 2. Palliative extubation 3. Withdrawing /withholding therapy 4. Medical futility



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

UTI – Unidade de terapia intensiva

CP – Cuidados paliativos

LET – Limite de esforço terapêutico

EP – Extubação paliativa

VM – Ventilação mecânica

HU/UFSC - Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da  
Universidade Federal de Santa Catarina

COH – Comissão de óbito hospitalar

PCR – Parada cardiorrespiratória



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Características clínico-demográficas dos pacientes que foram submetidos à extubação paliativa ..... 32

Tabela 2: Causa de morte apontada na declaração de óbito e o tempo entre a extubação e a morte dos pacientes ..... 33

Tabela 3: Descrição entre a causa da morte, idade, tempo de internação até a extubação e o tempo até a morte após a extubação paliativa ..... 34



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>2. MÉTODO .....</b>	<b>29</b>
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>



## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população e o maior controle de doenças crônico degenerativas são fatores relacionados à mudança do perfil dos pacientes que internam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), tornando crescente a necessidade de Cuidados Paliativos (CP) nos setores de atendimento ao paciente em estado crítico.<sup>1</sup> Corroborando com essa afirmação um estudo que avaliou 61 pacientes em estado grave admitidos numa UTI do setor de emergência e concluiu que os pacientes tiveram um “benefício reduzido” com os cuidados intensivos e seriam beneficiados se tivessem recebido CP de forma preferencial.<sup>2</sup>

A avaliação prognóstica dos pacientes em estado crítico tem tido uma importância crescente nas decisões terapêuticas.<sup>3</sup> São atuais as discussões sobre o paciente frágil, síndrome caracterizada pela perda de reservas fisiológicas e cognitivas que conferem vulnerabilidade a resultados adversos,<sup>4</sup> e sobre o doente cronicamente crítico, condição que atinge 5 a 10% dos pacientes que sobrevivem a uma doença catastrófica e que necessitam de ventilação mecânica prolongada. Essas doenças, cada vez mais prevalentes nas UTIs, acarretam alta morbimortalidade hospitalar e aumento substancial nos custos do tratamento.<sup>5,6</sup>

Nesses casos, o tratamento intensivo com visão curativa irá levar à distanásia, com consequente prolongamento do morrer e aumento do sofrimento de todos os envolvidos no processo. Essa realidade exige do intensivista a tomada de decisões de fim de vida e principalmente a avaliação da recusa ou suspensão de terapias

consideradas fúteis ou inúteis, tornando necessário que o médico intensivista receba treinamento em medicina paliativa.<sup>6-8</sup>

Com o intuito de que os CP sejam implementados nas UTIs, membros do Comitê de Terminalidade da Vida do Cone Sul elaboraram fases para o atendimento paliativo nessas unidades. Considerou-se a Fase 1 como uma 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/restabelecimento. Nesta fase os CP serão prestados para aliviar o desconforto da doença e do tratamento intensivo (morte pouco provável). A Fase 2 é uma 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. (morte prevista para dias, semanas ou meses). Na Fase 3 a equipe reconhece a irreversibilidade da doença e a morte iminente, aceitando o desfecho para morte. O CP 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 (morte prevista para horas ou dia).<sup>9</sup> Portanto, na Fase 3, torna-se importante que sejam tomadas decisões de limite de esforço terapêutico (LET), que irão abranger a recusa ou suspensão de terapias. Deve-se ressaltar que existe maior dificuldade de os médicos optarem pela suspensão do que pela recusa de terapias. Da mesma forma, a

decisão de recusa/suspensão de terapia tem ligação direta com fatores culturais, sendo frequentemente apontada a dificuldade da retirada da dieta, da hidratação e de assistência ventilatória invasiva.<sup>10,11</sup>

No Brasil existe definição do Conselho Federal de Medicina a respeito dos CP e de LET. É definido no código de ética médica, mais especificamente no parágrafo único do artigo 41 que “*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 legal*”. É importante acrescentar que a resolução número 1805/2006 deste conselho define que é “*permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal*”, sendo que essa resolução foi considerada constitucional pelo juiz federal Roberto Luis Luchi Demo, em decisão publicada no Diário Oficial da União de 28 de novembro de 2006.

Extubação paliativa (EP) é a retirada do tubo traqueal e da ventilação mecânica (VM), quando essa terapia é reconhecida como fútil, em indivíduos cujas opções terapêuticas curativas/restaurativas foram esgotadas e para os quais espera-se que a morte ocorra em um curto espaço de tempo. A retirada da VM é descrita como um “processo” e, como tal, deve ser levado em consideração o quadro clínico do paciente e se o mesmo irá se beneficiar com a extubação.

Devem ser avaliadas as possíveis complicações deste ato e o tratamento a ser proporcionado para a correção das mesmas.

É comum que a retirada de terapias consideradas fúteis ou inúteis seja múltipla. De forma geral, as terapêuticas mais frequentemente limitadas são os vasopressores e os métodos dialíticos. Os fármacos quase nunca suspensos ou recusados são os sedativos e analgésicos.<sup>12</sup>

Na EP, como em todas as terapêuticas instituídas na UTI, é primordial o trabalho multiprofissional. As profissões mais intimamente envolvidas nesse procedimento são a medicina, a enfermagem e a fisioterapia. Cabe ao médico a decisão terapêutica, a previsão de complicações e a instituição de medicamentos que evitem essas complicações e que permitam o bem-estar do paciente. Destaca-se no papel do fisioterapeuta e do enfermeiro a atuação direta sobre algumas das etapas da retirada da VM, principalmente nas fases onde há redução dos parâmetros do ventilador, alteração da modalidade ventilatória e extubação do paciente. Acrescenta-se a importância da adequada comunicação e do acompanhamento aos familiares do paciente. Embora existam relatos na literatura de que a EP está associada com melhora da satisfação e com a diminuição da depressão familiar ainda existem dificuldades para a implantação desse procedimento nas UTIs.<sup>13-18</sup>

Por outro lado, poucos estudos, até o momento, foram dedicados à análise dos pacientes na fase 3 sob CP exclusivos nas UTIs, e não foram encontrados relatos de extubação paliativa no Brasil.

Tendo em vista o relatado, propôs-se este trabalho que visa analisar de forma descritiva os casos dos pacientes que foram

submetidos à extubação paliativa na UTI do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).



## 2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, observacional, descritivo, com abordagem quantitativa, que foi realizado na UTI do HU/UFSC, em Florianópolis, Santa Catarina. Este estudo faz parte de uma linha de pesquisa sobre a avaliação dos óbitos ocorridos no HU/UFSC, cujo projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e de Pesquisa em Seres Humanos da UFSC, sob o número 426.572.

Os dados foram coletados por meio das informações obtidas das fichas de óbitos preenchidas pelos membros da Comissão de Óbito Hospitalar (COH). Pertencem a essa comissão dois médicos intensivistas, responsáveis pela avaliação e preenchimento dos formulários dos pacientes que morrem na UTI. Esses profissionais foram consultados e permitiram a utilização dessas fichas.

Foram incluídos na amostra todos os pacientes que morreram na UTI/HU/UFSC no período entre janeiro de 2011 e dezembro de 2014, sendo detectadas as fichas daqueles para os quais foi indicado LET e selecionadas as dos pacientes que foram extubados de forma paliativa. Foi considerada EP a retirada da assistência ventilatória invasiva e do tubo oro-traqueal do paciente que estava sob cuidados paliativos exclusivos (fase 3) e para o qual era esperada a morte.

Foram anotados os dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes submetidos à EP, destacando-se o tempo desde a extubação até o óbito, assim como a causa da morte conforme o atestado de óbito. As causas dos óbitos foram agrupadas da seguinte forma: choque séptico, disfunção de múltiplos órgãos, insuficiência respiratória,

disfunção neurológica (acidente vascular cerebral e encefalopatia pós-anóxia) e disfunção cardiológica (parada cardiorrespiratória (PCR) e edema agudo de pulmão). Foi também observado se a morte do paciente foi precedida da ordem de não reanimação, em caso de PCR, se houve a ciência da família sobre a terminalidade e se a família estava presente no dia e na hora da morte.

Por se tratar de um estudo descritivo de poucos casos, os dados receberam análise estatística elementar.

### 3. RESULTADOS

Durante o período estudado, internaram no HU/UFSC 55.990 enfermos. Desses, 2.887 foram admitidos na UTI. Morreram, nesse mesmo período, 1864 pacientes em todo o hospital, sendo constatadas 695 (37,2%) mortes na UTI, onde a taxa de mortalidade global foi 24,1%. Dos pacientes que morreram nessa unidade, 374 (53,8%) receberam CP preferenciais ou exclusivos, havendo algum tipo de LET. Desses, 23 (6,1%) foram submetidos à EP, sendo 4 no ano de 2011, 11 em 2012, 2 em 2013 e 6 em 2014. Ressalta-se que em 2013 2 pacientes foram efetivamente extubados e em 2 outros casos foi decidido por extubação, entretanto os pacientes morreram antes da efetivação do método.

Dos 23 pacientes avaliados, 10 (43,4%) já haviam sido admitidos na UTI em outras internações. Todos os familiares estavam cientes do estado terminal do paciente. Em todos os casos estudados, os enfermos estavam sob CP exclusivos, com alguma forma de LET, sendo constatada em todas as prescrições a presença de medicamentos para o controle dos sintomas e, nas evoluções, ordem clara de não reanimação em caso de parada cardiorrespiratória (PCR).

Na tabela 1 podem ser constatadas as características clínico-demográficas dos pacientes que foram submetidos à EP.

**Tabela 1.** Características clínico-demográficas dos pacientes que foram submetidos à extubação paliativa.

<b>Características Clínico-Demográficas</b>	<b>Pacientes (N=23)</b>
Gênero	
Masculino	11 (47,8%)
Feminino	12 (52,2%)
Idade média (anos)	73,8 anos $\pm$ 11,3
<60	4
60-79	10
$\geq$ 80	9
Tempo médio de internação na UTI até a extubação (dias)	4,4 dias
Tempo entre a extubação e a morte	
Médio	2,5 dias
Mínimo	5 minutos
Máximo	9,6 dias
Ciência da família sobre a extubação	
Sim	23
Não	0
Presença familiar durante a extubação	
Sim	2
Não	21

A morfina foi a medicação analgésica mais utilizada nas últimas 48 horas de vida dos pacientes submetidos à EP, o que ocorreu para 15 (65,21%) doentes. As outras medicações sedativas ou analgésicas prescritas foram tramadol isoladamente (n=2), propofol isoladamente (n=2), fentanil e propofol associados (n=2), fentanil e midazolam associados (n=1) e midazolam e propofol associados (n=1).

Na tabela 2 é apontada a causa de morte declarada no atestado de óbito dos pacientes, relacionada ao tempo médio entre a extubação e

a morte dos mesmos. Ressalta-se que em 10 (43,5%) pacientes a causa de óbito declarada foi Disfunção Neurológica.

**Tabela 2.** Causa de morte apontada na declaração de óbito e o tempo entre a extubação e a morte dos pacientes.

<b>Causa da Morte</b>	<b>Casos (%)</b>	<b>Tempo médio (mínimo-máximo) em horas, até a morte após a extubação</b>
Disfunção Neurológica	10 (43,5%)	45,3 (0,08 - 142)
Falência de múltiplos órgãos e sistemas	6 (26,1%)	23,7 (1,5 - 58)
Insuficiência Respiratória	3 (13%)	47,7 (0,4 - 136,5)
Choque Séptico	2 (8,7%)	122,5 (13 - 232)
Disfunção Cardíaca	2 (8,7%)	189 (188 - 190)

Em 8 casos (34,7%), além da EP, foram suspensas todas as demais terapias de suporte empregadas, como droga vasoativa, nutrição enteral/parenteral, hemodiálise e antibióticos. As causas de morte constatadas no atestado de óbito desses 8 pacientes foram disfunção neurológica (n=4), falência de múltiplos órgãos e sistemas (n=2), insuficiência respiratória (n=1) e choque séptico (n=1). Esse grupo apresentou uma média de 4,7 dias sendo o máximo de 9,6 dias entre a extubação e a morte.

A relação individual entre a causa da morte, idade, tempo de internação até a extubação e o tempo até a morte após a extubação paliativa, é apontada na Tabela 3.

**Tabela 3.** Descrição entre a causa da morte, idade, tempo de internação até a extubação e o tempo até a morte após a EP.

Paciente	Causa da morte	Idade (anos)	Tempo de internação até a extubação (dias)	Tempo até a morte após a extubação paliativa	
				horas	dias
1	Insuficiência Respiratória	88	<1	136,5	5,6
2	Falência multiorgânica	91	11	45,5	1,89
3	Disfunção Cardíaca	81	2	188	7,8
4	Falência multiorgânica	68	2	54	2,25
5	Disfunção Neurológica	71	7	20,5	0,8
6	Insuficiência Respiratória	82	<1	6,25	0,2
7	Disfunção Neurológica	79	5	80	3,33
8	Choque Séptico	81	26	13	0,54
9	Falência multiorgânica	53	2	58	2,41
10	Insuficiência Respiratória	82	<1	0,4	
11	Disfunção Neurológica	71	1	101,5	4,2
12	Disfunção Neurológica	84	<1	28	1,16
13	Disfunção Neurológica	79	<1	1	0,04
14	Disfunção Neurológica	64	4	77,2	3,2
15	Disfunção Neurológica	75	2	0,08	
16	Choque séptico	87	2	232	9,66
17	Falência multiorgânica	85	7	27	1,12
18	Falência multiorgânica	59	<1	11	0,45
19	Disfunção Neurológica	56	13	1	0,04
20	Disfunção Cardíaca	49	5	190	7,91
21	Falência multiorgânica	70	<1	1,5	0,06
22	Disfunção Neurológica	76	7	2	0,08
23	Disfunção Neurológica	68	5	142	5,91

#### 4. DISCUSSÃO

Neste estudo pode-se constatar que 53,8% dos pacientes que morreram na UTI/HUI/UFSC receberam abordagem paliativista de forma preferencial, sendo decidido por algum tipo de LET. Entretanto, foi pouco frequente a decisão por EP, o que ocorreu em 3,35% do número total de óbitos da unidade. Esse índice foi de 6,1% quando foram avaliados somente os pacientes que receberam algum tipo de LET. Deve-se ressaltar que a não realização de manobras de RCR não foi anotada como LET neste estudo.

É apontada grande variabilidade entre as UTIs no que concerne a decisões de LET,<sup>19</sup> fato que está relacionado a fatores regionais e culturais. Um estudo realizado na França demonstrou que em 584 (52%) de 1132 pacientes que morreram houve algum tipo de LET, sendo mais comum a recusa da introdução de novas terapias do que a retirada de tratamento prescrito.<sup>20</sup> Essa é uma realidade mundial. Pode-se inferir que é difícil para o médico a decisão da retirada de terapias, que pode ser confundida erroneamente com uma interferência direta na condução da morte. Resultados semelhantes foram encontrados neste estudo. Acrescenta-se que a retirada do suporte ventilatório é uma das decisões mais difíceis para o médico. Na civilização cristã, a ideia da morte está associada à imagem do último suspiro de Cristo. Dessa forma, com uma cultura arraigada, a retirada de um suporte ventilatório pode parecer que irá propiciar a morte e o aumento do sofrimento dos pacientes. Essa é uma percepção errônea, pois, como apontado em diversos estudos, se a EP for adequadamente indicada e realizada com excelência técnica,

poderá melhorar o conforto do paciente e diminuir o estresse dos seus familiares.<sup>17,18</sup>

Mark et al. (2015) identificaram que decisões de LET ocorrem mais comumente para os pacientes com lesão cerebral e que são pouco identificadas a vontade prévia do paciente ou a designação de um curador.<sup>19</sup> Ressalta-se que no Brasil, o Conselho Federal de Medicina aprovou em 2012 a Resolução 1995 que delibera sobre Diretivas Antecipadas da Vontade e Curantelismo. Entretanto, esse é um tema ainda desconhecido e pouco abordado no nosso país, o que leva a maior responsabilidade do médico nas decisões de final de vida e pode influir em mais decisões médicas pela recusa do que pela suspensão de terapias. No presente trabalho, 43% dos casos de EP ocorreram em pacientes com disfunção neurológica e não pôde ser identificado se os doentes tinham ou não diretivas antecipadas. Entretanto, todos os seus familiares estavam cientes e concordaram com o ato proposto, sendo que os familiares de 2 pacientes estavam presentes no momento da EP. Esse fato corrobora com a afirmação da importância da adequada comunicação em situações de conflito e da preservação da autonomia do paciente, mesmo que de forma presumida. É importante lembrar que a presença de familiares é um direito, mas não uma obrigação, e que a observação de uma EP poderá resultar em estresse emocional à família e consequentemente à equipe médica. Portanto, a presença de familiares durante a EP deve ser avaliada como uma exceção, e necessita preparação envolvendo toda a equipe multiprofissional da UTI.<sup>21</sup>

Neste trabalho, os pacientes submetidos à EP tiveram uma média de idade bastante alta (73,8 anos). Em um estudo norte-americano, os pacientes que foram retirados da ventilação mecânica também eram em

sua maioria idosos, com média de 71 anos.<sup>14</sup> Esses dados podem levar a inferência de que seja mais fácil a aceitação da terminalidade da doença e conseqüentemente da opção por LET em pacientes mais idosos.<sup>22</sup> Outro fato que pode ter corroborado com a elevada faixa etária dos pacientes que foram submetidos a EP é o dado de que 43,4% desses doentes já havia internado previamente em uma UTI, o que sugere que fossem pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas e possivelmente apresentavam algum grau de fragilidade. O conceito de fragilidade, como um marcador de idade biológica e reserva fisiológica, pode ter relevância direta para cuidados intensivos, e identifica claramente uma população com maior risco de eventos adversos, morbidade e mortalidade.<sup>4</sup> Esses dados também podem ter contribuído para o curto espaço de tempo entre a internação e a decisão de EP nos pacientes estudados.

A principal causa de morte dos pacientes deste estudo foi a disfunção neurológica, o que coincide com a literatura que afirma ser mais precoce e frequente a opção por LET em pacientes com prognóstico neurológico ruim.<sup>16</sup>

Quando é avaliada a decisão de EP, existe a preocupação de que esse ato traga um grande estresse aos familiares dos pacientes. Trabalhos revisados apontam o inverso, demonstrando que os membros das famílias de pacientes que morreram em UTI após EP relataram sintomas mais baixos de depressão.<sup>17,23</sup> Infelizmente, apesar da constatação crescente de que o LET traz conforto ao paciente e aos seus familiares, fatores culturais e religiosos estão fortemente relacionados à promoção da distanásia. Por outro lado, a maioria dos profissionais da saúde associa indevidamente o bem-estar do paciente dispneico ao

fornecimento de suporte de oxigênio ou à ventilação invasiva. A falta de embasamento teórico faz também que estes profissionais relacionem a retirada da ventilação mecânica ao conceito de eutanásia. A baixa incidência de EP encontrada neste estudo corrobora com essas afirmações. Deve-se ressaltar que todos os atos técnicos devem ser embasados em experiência comprovada na literatura. Portanto, para que seja indicada a EP, a aplicação de algoritmo específico é uma ferramenta importante e pode auxiliar a equipe médica diante dos conflitos inerentes ao procedimento, principalmente no que concerne ao controle do desconforto respiratório pós-extubação.<sup>24</sup> É importante lembrar que a EP é um procedimento médico e, como tal, deve ser decidido após avaliação individual do real benefício que esse procedimento trará ao paciente, não podendo ser subestimado o contexto social que envolve todo o processo. Lembra-se que existe definição ética e respaldo legal a respeito da retirada de terapias consideradas fúteis ou inúteis.<sup>25</sup>

Como foi mencionado anteriormente, existe grande dificuldade por parte do prescritor em optar por EP por temor que este ato esteja relacionado à abreviação do tempo de vida ou à indução da morte. Neste trabalho constatou-se que o tempo de morte após a EP variou de minutos a dias, chegando ao máximo de 9,6 dias. Em mais da metade dos casos (56,5%) os pacientes morreram após 24 horas da extubação, o que diverge da análise realizada por Huynh et al,<sup>16</sup> cuja maioria dos pacientes morreu nas primeiras 10 horas após a extubação. Esses autores apontaram que pacientes sob diálise, recebendo vasopressores e com parâmetros altos no ventilador tiveram tempo mais curto até a morte. Descreveram também que os doentes do serviço de

neurologia/neurocirurgia tem um tempo mais longo de vida do que os pacientes do serviço de cirurgia.

É definido na literatura revisada que os preditores independentes de um tempo mais curto desde a extubação até a morte são a disfunção de múltiplos órgãos, o uso de vasopressores e a hidratação. É descrito também, que a hora da morte após a retirada da ventilação mecânica é muito variável, mas que a maioria dos pacientes morre dentro de 24 horas. Quando só a VM é descontinuada, o tempo médio até a morte é de 50 minutos. A conclusão desses trabalhos foi de que o tempo até a morte estaria relacionado à gravidade da doença e não à retirada de terapias.<sup>14,16</sup> O longo período médio até a morte encontrado no presente estudo pode estar relacionado à predominância de pacientes com idade avançada e com disfunção neurológica.<sup>14,16</sup> Pode-se também inferir que tenha relação com um maior período de vida após a EP, o conforto advindo da retirada do tubo orotraqueal e a possibilidade da presença dos familiares.<sup>26</sup>

Conforme anteriormente mencionado, os pacientes neurológicos/neurocirúrgicos tendem a apresentar tempos mais longos até a morte, após a retirada do ventilador, provavelmente devido à ausência de uma falência orgânica grave além da catástrofe neurológica já instalada.<sup>16</sup> Entretanto, neste estudo, os pacientes neurológicos levaram menos tempo até a morte que os pacientes que morreram por disfunção cardiológica.

As variáveis demográficas e a gravidade de cada caso podem ter contribuído para as divergências encontradas tanto neste estudo, como em outros similares.<sup>14,27</sup> Deve também ser apontado que este é um estudo que avaliou as fichas de óbitos, que não permitiram a constatação

adequada da real situação clínica dos pacientes. Portanto, mesmo que a causa do óbito apontada fosse disfunção cardíaca não pode ser afirmado que o paciente não sofria de outras doenças igualmente graves. Esse é um viés importante deste estudo.

No presente trabalho, todos os pacientes receberam alguma forma de sedo-analgesia nas últimas 48 horas de vida. Os opióides foram os medicamentos analgésicos mais prescritos nesse período. A morfina, medicamento de escolha e a mais comumente usada no controle da dor no fim da vida, foi também a mais prescrita aos pacientes avaliados, seguida do fentanil e do tramadol. O amplo uso da morfina no cuidado de fim de vida é justificado por esse fármaco proporcionar adequado controle da dor, colaborar no controle de outros sintomas, como a dispneia, além de não apresentar teto terapêutico.<sup>28,29</sup> É importante acrescentar que existe indicação formal de analgesia preventiva aos sintomas após extubação, que a dose de morfina pode estar relacionada às condições prévias do paciente e que doses mais elevadas deste fármaco estão associadas com um maior tempo para a morte.<sup>30</sup>

Medicações sedativas, como o midazolam e o propofol, isolados ou associados a opióides, foram encontradas em apenas seis (26%) prescrições das últimas 48 horas de vida entre os 23 pacientes estudados. A sedação paliativa é uma solução potencial no controle dos sintomas refratários no fim da vida.<sup>31</sup> No entanto, mesmo sabendo que o aumento das doses de opióides e benzodiazepínicos durante e após a extubação não reduz o tempo até a morte, esse método deve ser utilizado com cautela. Adiciona-se o fato de que, quando os sintomas são bem controlados, existe menor necessidade da indicação de sedação paliativa.<sup>21,31</sup>

Diante dos resultados apontados neste estudo pode-se concluir que a EP foi um método pouco aplicado no hospital analisado, que os pacientes que foram extubados de forma paliativa eram a maioria idosos, acometidos preferencialmente de doenças neurológicas e que o tempo médio entre a extubação e o óbito foi de 2,5 dias.

Pode-se inferir que, embora a EP seja aceita do ponto de vista ético no Brasil, ainda é uma opção terapêutica pouco conhecida pela maioria dos intensivistas.

Vale ressaltar que, para que a EP seja realizada, existe a necessidade da seleção criteriosa dos pacientes e da preparação técnica e emocional dos profissionais envolvidos no processo.

Pode-se citar como limitação deste trabalho que o mesmo tenha sido realizado de forma retrospectiva, o que leva a uma grande perda de dados. Entretanto, o valor deste estudo baseia-se no fato de ser a Medicina Paliativa uma nova área de atuação médica, de os Cuidados Paliativos nas UTIs merecerem maior abordagem e de ser essa a primeira descrição no Brasil de casos de EP em pacientes em estado crítico.



## REFERÊNCIAS

1. Villa G, De Gaudio AR, Falsini S, Lanini I, Curtis JR. Development of END-of-Life Scoring-System to identify critically ill patients after initial critical care who are highly likely to die: a pilot study. *Minerva Anesthesiol.* 2015.
2. Aslaner MA, Akkaş M, Eroğlu S, Aksu NM, Özmen MM. Admissions of critically ill patients to the ED intensive care unit. *Am J Emerg Med.* 2015 Apr;3.3(4):501-5.
3. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care Med.* 2014 Nov;42(11):2418-28.
4. Bagshaw, Stelfox MD, McDermid, et al. Long-Term Association Between Frailty and Health-Related Quality-of-Life Among Survivors of Critical Illness: A Prospective Multicenter Cohort Study. *Crit Care Med.* 2015 Jan 30.
5. Kahn JM, Le T, Angus DC, Cox CE, Hough CL, et al. The epidemiology of chronic critical illness in the United States\*. *Crit Care Med.* 2015 Feb;43(2):282-7.
6. Lamas D. Chronic critical illness. *N Engl J Med.* 2014 Jan 9; 370(2):175-7.
7. Moritz RD, Pamplona F. Withdrawal and withholding of life support in an Intensive Care Unit. *Rev Bras de Terapia Intensiva.* 2003 Volume 15 - Número 1
8. Silva KCO, Quintana AM, Nietsch EA. Obstinação terapêutica em unidade de terapia intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. *Rev. de Enfermagem.* 2012; 16 (4):697-703.
9. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, 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 adulto e pediátrica. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2011; 23 (1): 24-29.

10. Phua J, Joynt GM, Nishimura M, Deng Y, Myatra SN, Chan YH, et al. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia. *JAMA Intern Med.* 2015 Mar; 175(3):363-71
11. Wilson ME, Rhudy LM, Ballinger BA, Tescher AN, Pickering BW, Gajic O. Factors that contribute to physician variability in decisions to limit life support in the ICU: a qualitative study. *Intensive Care Med.* 2013 Jun; 39(6):1009-18.
12. Moritz RD, Deicas A, Rossini JP, da Silva NB, do Lago, PM, Machado FO. Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010; 22(2):125-132
13. Kompanje EJO, Van Der Hoven B, Bskker J. Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life. *Intensive Care Med.* 2008; 34: 1593–1599;
14. Cooke CR, Hotchkin DL, Engelberg RA, et al. Predictors of Time to Death After Terminal Withdrawal of Mechanical Ventilation in the ICU. *Chest.* 2010; 138 (2): 289-297;
15. Epker JL, Bakker J, Kompanje EJO. The Use of Opioids and Sedatives and Time Until Death After Withdrawing Mechanical Ventilation and Vasoactive Drugs in a Dutch Intensive Care Unit. *Anesthesia & Analgesia.* 2011;
16. Huynh TN, Walling AM MD, Le TX, Klerup EC, Liu H, Wenger NS. Factors Associated with Palliative Withdrawal of Mechanical Ventilation and Time to Death after Withdrawal. *J Of Palliative Med.* 2013; Volume 16, Number 11.
17. Kross EK, Engelberg RA, et al. ICU Care Associated With Symptoms of Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among Family Members of Patients Who Die in the ICU. *Chest.* 2011; 139(4):795-801.

18. Kok VC. Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. *Clin Interv Aging*. 2015 Apr 4.
19. Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2015 Sep;41(9):1572-85.
20. Lautrette A, Garrouste-Orgeas M, Bertrand PM, Goldgran-Toledano D, Jamali S, Laurent V, et al. Respective impact of no escalation of treatment, withholding and withdrawal of life-sustaining treatment on ICU patients' prognosis: a multicenter study of the Outcomerea Research Group. *Intensive Care Med*. 2015 Oct;41(10):1763-72.
21. Epker JL, Bakker J, Lingsma HF, Kompanje EJ. An Observational Study on a Protocol for Withdrawal of Life-Sustaining Measures on Two Non-Academic Intensive Care Units in The Netherlands: Few Signs of Distress, No Suffering? *J Pain Symptom Manage*. 2015 Aug 31. pii: S0885-3924(15)00445-5.
22. Heyland DK, Garland A, Bagshaw SM, Cook D, Rockwood K, Stelfox HT, et al. Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multi-center prospective observational cohort study. *Intensive Care Med*. 2015 Aug 26.
23. Graw JA, Spies CD, Wernecke K-D, Braun J-P. Managing end-of-life decision making in intensive care medicine – a perspective from Charite Hospital, Germany. *PLoS One*. 2012.
24. Campbell ML, Yarandi HN, Mendez M. A Two-Group Trial of a Terminal Ventilator Withdrawal Algorithm: Pilot Testing. *Palliat Med*. 2015 Sep;18(9):781-5.
25. Seção Judiciária do Distrito Federal, processo n<sup>o</sup> 2007.34.00.014809-3, 01 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://s.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>
26. Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, Hull JG, Tosteson T, Li Z, Frost J, et al. Benefits of Early Versus Delayed Palliative Care to

Informal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer: Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2015 May 1;33(13):1446-52.

27. Van Beinum A, Hornby L, Ward R, Ramsay T, Dhanani S. Variations in the operational process of withdrawal of life-sustaining therapy. *Crit Care Med*. 2015 Jun 26.
28. Lin KJ, Ching A, Edmonds KP, Roeland EJ, Revta C, Ma JD, et al. Variable Patterns of Continuous Morphine Infusions at End of Life. *J Palliat Med*. 2015 Sep;
29. Nelson JE, Hope AA. Integration of palliative care in chronic critical illness management. *Respir Care*. 2012 Jun;57(6):1004-12.
30. Mazer MA, Alligood CM, Wu Q. The infusion of opioids during terminal withdrawal of mechanical ventilation in the medical intensive care unit. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Jul;42(1):44-51. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.10.256.
31. Beller EM, van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Intensive Care Med*. 2015 Aug 26.