

## 1. Introdução e Definição

Cuidados paliativos são medidas que visam a qualidade de vida de pacientes e familiares, particularmente aqueles com doença progressiva e irreversível. Para tanto, é fundamental o controle da dor e demais sintomas para a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

A implantação de protocolo de cuidados paliativos na UTI visa evitar a dor e sofrimento, atrelados ao contexto da institucionalização, dentro do processo de morrer. Por se tratar, em alguns momentos, de tema de natureza subjetiva, utilizaremos o Manual AMIB de Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva como balizador e principal referência para o presente protocolo.

Cuidado paliativo: conjunto de ações visa a melhoria da qualidade de vida do indivíduo durante o adoecimento, dando a ele e seus familiares o conforto através da prevenção, identificação e tratamento precoce dos sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais.

Tratamento curativo fútil: aquele realizado em pacientes terminais sem que haja resposta ou perspectiva de benefício. É ineficaz, não agrega benefício, pode gerar desconforto, piorar sintomas e aumentar custo.

Tratamento curativo obstinado: aquele implementado durante o morrer como medida desesperada na intenção de se prolongar da vida. Na fase terminal de doença, tais tratamentos não trazem real benefício ao paciente e podem prolongar o sofrimento durante o morrer.

Terminalidade: condição final no adoecimento do paciente. É o período compreendido entre a constatação do não benefício das medidas curativas e a morte. Nessa fase, o indivíduo passa por rápido declínio funcional e o caminhar em direção à morte é previsível e irremediável.

Princípio da autonomia: é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas. Logo, com devido empoderamento e informação, o indivíduo tem liberdade de decisão sobre questões relativas a seu corpo.

Princípio da beneficência: fazer o bem, maximizar benefício, desejar o melhor para o paciente, buscar restabelecer sua saúde, prevenir um agravo, ou promover a saúde. Oferecer o melhor tratamento ao seu paciente, tanto no que diz respeito à técnica quanto no que se refere ao reconhecimento das necessidades físicas, psicológicas ou sociais.

Princípio da não maleficência: evitar o mal, minimizar o prejuízo. Nunca infligir dano deliberado. Pesar a relação risco/benefício ao se tomar condutas, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas.

Princípio da justiça: obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido de maneira integral. Evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-paciente. Os recursos devem ser equilibradamente distribuídos, com o objetivo de alcançar, com melhor eficácia, o maior número de pessoas assistidas.

Eutanásia: conduta guiada pelo sentimento de compaixão ou piedade pela qual se traz a abreviação da vida através de uma morte rápida. O conceito se aplica a pessoas em estado terminal, ou portadoras de enfermidade incurável que estejam em sofrimento constante. É caracterizada no Brasil como crime de homicídio e punida com os rigores do código penal. Esta prática não deve ser realizada.

**Elaborado por:** Américo Alves de Almeida Júnior  
– Diretor Clínico  
**Revisado por:**

Renato Oliveira Feliciano  
Médico CTI

**Aprovado por:**

Ana Paula Lopes Santos Guerra  
Diretora Assistencial

**Verificado por:**

Ana Cláudia Veloso Prates  
Supervisora de Qualidade

Distanásia: é o prolongamento desnecessário do processo da morte através de métodos artificiais considerados obstinados e extraordinários durante o morrer. Não traz benefício ao paciente ou à sociedade. Tem por objetivo frustrado evitar a morte a qualquer custo. No entanto, apenas adia o óbito inevitável, prolongando o morrer. Pode trazer sofrimento adicional ao pacientes e familiares. Esta prática não deve ser realizada.

Ortotanásia: orto = certo e thanatos = morte. Consiste num processo de cuidado em que a condução do morrer é guiada pelo respeito à maneira natural em que a vida se encerra. Nesse sentido, uma vez identificado o processo inexorável da morte, evita-se a implementação ou descontinua-se tratamentos fúteis e obstinados, priorizando o conforto durante o transcorrer natural do morrer. Esta prática deve ser estimulada. Termos de uso inapropriado em cuidados paliativos: devem ser evitados as seguintes palavras e expressões em discussões sobre cuidado paliativo: “limitação”, “grau de investimento”, “paliar o paciente”, “fora de possibilidade terapêutica”.

## 2. OBJETIVO

Implementar o processo padronizado de abordagem paliativa aos pacientes internados na UTI Geral e cardiológica do hospital Aroldo Tourinho.

## 3. CRITERIO DE INCLUSÃO

Todos os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Geral e cardiológica do hospital Aroldo Tourinho. Em pacientes com doença terminal e intratável, classificação abaixo de 40 na Escala de Performance Paliativa (PPS), os cuidados paliativos devem ser intensificados (ANEXO I). A intensificação deve ser discutida entre: médico assistente responsável pelo paciente, especialidades auxiliares, equipe médica e multidisciplinar da UTI e a família do paciente. Deve haver registro dessa discussão em prontuário (evolução médica).

## 4. FASES DE IMPLEMENTAÇÃO E PROGRESSAO DOS CP

Independentemente de sua condição clínica, todo paciente internado deve ter um plano de cuidados paliativos associado aos cuidados terapêuticos. De acordo com a evolução da doença, deve haver um aumento da intensidade dos cuidados paliativos, até mesmo a inversão da proporção inicial com relação ao tratamento curativo. Nesse processo, deve ser levado em consideração: Na implementação dos cuidados paliativos, alguns aspectos devem ser considerados:

- Documentação do status da doença;
- Status funcional;
- Fatores que pioram ou aliviam sintomas físicos;
- Orientação espiritual do paciente;
- Gerenciamento dos sintomas e resposta do paciente às medidas curativas já instituídas;
- Avaliação da necessidade de apoio aos familiares;
- Inclusão dos familiares e pacientes no processo de cuidado;

<p><b>Elaborado por:</b> Américo Alves de Almeida Júnior – Diretor Clínico <b>Revisado por:</b></p> <p>Renato Oliveira Feliciano <b>Médico CTI</b></p>	<p><b>Aprovado por:</b></p> <p>Ana Paula Lopes Santos Guerra <b>Diretora Assistencial</b></p>	<p><b>Verificado por:</b></p> <p>Ana Cláudia Veloso Prates <b>Supervisora de Qualidade</b></p>
--	---	--

Os cuidados paliativos em pacientes internados na UTI devem seguir a seguinte ordem, baseado na progressão de cada caso: Primeira fase ou cuidado com ênfase curativa: morte pouco provável. Esforços voltados para a cura da doença e restabelecimento do paciente. As ações paliativas visam o controle dos sintomas associados ao tratamento.

Segunda fase ou cuidado paliativo proporcional: morte possível. Falha de resposta ao tratamento curativo e evolução da doença, a despeito do tratamento otimizado. As ações de cuidado paliativo passam a preponderar. Terapias invasivas devem paulatinamente dar lugar medidas de controle dos sintomas em evoluções no sentido da morte e irreversibilidade, assim como as intervenções curativas devem ser priorizadas à medida que o caso siga o caminho da melhora e restauração.

Terceira fase ou cuidado paliativo exclusivo: Morte muito provável e prevista para horas a dias. Nenhuma medida curativa capaz de mudar o desfecho. As medidas com intenção curativas devem então ser descontinuadas e toda a energia e conhecimento da equipe devem ser canalizados para o conforto do paciente e acolhimento da família.

## 5. INTERVENÇÕES

### 5.1. Comunicação

Características do emissor: um bom comunicador é aquele que considera a capacidade de entendimento do receptor, que tem habilidade de perceber suas expectativas e que consegue valorizar a experiência do receptor através da linguagem que ele conhece, utiliza e é familiar. Evitar termos técnicos, oferecer tempo ao interlocutor e dar liberdade e estimular perguntas. Habilidade na linguagem corporal e facial, características do olhar e assertividade completam as competências necessárias ao emissor.

**Entendendo o receptor:** O sucesso da transmissão da mensagem depende de como o receptor filtra e absorve a mensagem. Cabe ao emissor, portanto, o papel de identificar no receptor as barreiras, filtros, aspectos culturais e sociais que impeçam o sucesso da comunicação.

**Criando um canal:** um ambiente que ofereça conforto e privacidade, um horário determinado, pontualidade da equipe, livre escolha de representantes entre os familiares, são características que fazem diferença para o sucesso da comunicação.

**Mensagem:** Deve ser clara, objetiva, realista, mas ao mesmo tempo terna e acolhedora.

**Feedback:** Ao final do diálogo o profissional de saúde pode perguntar ao paciente ou familiares o que entenderam do lido. Por meio dos componentes verbal e não-verbal da resposta pode-se aferir o sucesso da transmissão da mensagem. Caso o entendimento não seja satisfatório, pode-se optar por abordagem corre+va imediata ou escolher outro momento para nova tentativa.

**Empatia:** partilhar e compreender estados emocionais vividos por outra pessoa. Em saúde consiste em perceber a situação em que se encontra o paciente através do ponto de vista dele.

**Elaborado por:** Américo Alves de Almeida Júnior  
– Diretor Clínico  
**Revisado por:**

Renato Oliveira Feliciano  
**Médico CTI**

**Aprovado por:**

Ana Paula Lopes Santos Guerra  
**Diretora Assistencial**

**Verificado por:**

Ana Cláudia Veloso Prates  
**Supervisora de Qualidade**

## 5.2. Controle de Sintomas:

Sintomas	Tratamento	Medicação
<b>Dispneia</b>	Reabilitação pulmonar (fisioterapia, nutrição, exercício, apoio social). Técnicas de relaxamento. Oxigênio terapia se hipoxêmico. Ventilação não invasiva se tolerado. Controle da hipervolemia.	Opioides: Morfina SC*, IV: 2 a 4mg de 4/4h ou infusão contínua de solução 1mg/mL na dose de 1 a 4mg/h. Morfina VO/SNE: 5 a 15mg divididos em doses de 6/6h. *Ajuste de dose deve ser feito conforme tolerância ou sinais de intoxicação. Atenção à função renal. Benzodiazepínico se ansiedade associada: midazolam IV, SC# em infusão contínua de solução 1mg/ml na dose de 5 a 10mg/h; clonazepam VO/ SNE 0,5 a 2mg 12/12h; diazepam VO/SNE 5 a 10mg 8/8h.
<b>Tosse</b>		Codeína VO/SNE: 30mg 8/8h
<b>Soluço</b>	Medidas farmacológicas, elevação da cabeça, medidas para controle do refluxo gastroesofágico.	Metoclopramida IV, SC# VO/SNE: 10mg 8/8h Clorpromazina IV: 10 a 25mg 6/6h
<b>Sialorreia.</b>	Medidas xerostômicas farmacológicas e aspiração à vácuo das secreções se tolerado	Escopolamina IV, SC##: 1 amp 8/8 horas; atropina colírio 1%: 1- 2 gotas administrado sublingual a cada 6/6h; amitriptilina VO/SNE 25mg 1x/dia
<b>Dor (VER TAMBÉM O PROTOCOLO DE DOR DO HOSPITAL PARA MAIORES DETALHES)</b>	Abordagem farmacológica, fisioterapia, ajuste de posicionamento, apoio dos familiares. Para terapia farmacológica, avaliar pontuação de dor na escala analógica (EAD) quando responsivo, na PAINAD quando não responsivo e na BPS quando em ventilação mecânica.	Dor leve: Dipirona IV, SC* VO/SNE: 1 a 2g 6/6h; paracetamol 750mg 6/6h. SC* possível desde que no máximo 1g diluída em 10ml de SF. Dor moderada: Tramadol IV, SC* VO/SNE: 50 a 100mg 8/8h a 6/6h; codeína VO/SNE 30mg 8/8h. Dor forte ou refratária: Morfina VO/SNE: 5 a 15mg divididos em doses de 6/6h. Morfina em bomba de infusão contínua dose de até 4mg/h ou fentanil em bomba de infusão contínua dose de até 150mcg/hora. Ambos podem ser infundidos por via SC*. Considerar associação de baclofeno VO/SNE 10mg 6/6h, amitriptilina VO/SNE 25mg 12/12h, carbamazepina VO/SNE 200mg 12/12h, ou outros analgésicos adjuvantes. Dor neuropática: Dexametasona IV, SC*, VO/SNE 1 a 4mg de 6/6h; gabapentina 300mg 8/8h, carbamazepina VO/SNE 200mg 12/12h (atenção ajuste para função renal).
<b>Constipação</b>	Estimular ida até o banheiro quando possível. Fisioterapia motora. Técnicas de massagem abdominal. Dietalaxativa. Abordagem farmacológica.	Lactulose VO/SNE: 20 a 45ml 8/8h Bisacodil VO/SNE: 5mg 12/12h Glicerina 12% 500ml via retal
<b>Xerostomia</b>	Quando consciente e cooperativo, considerar bochecho com água gelada ou pequenos fragmentos de gelo.	Avaliar acompanhamento da odontologia
<b>Náuseas / vômitos</b>	Medidas farmacológicas, elevação da cabeça, ações para controle do refluxo gastroesofágico.	Metoclopramida IV, SC*, VO/ SNE: 10 a 20mg 8/8h. Bromoprida IV, VO/SNE: 10mg 8/8h Haloperidol IV, SC**, VO/SNE: 1 a 2mg 6/6h. Ondansetrona IV, SC##, VO/SNE: 4 a 8 mg 8/8h, particularmente nos casos de n á u s e a / vômitos pós quimioterapia e radioterapia.
<b>Delirium/agitação</b>	Evitar ruídos e luminosidade noturna. Programação de um cronograma de cuidados e administração de medicações que poupe o doente de ser acordado à noite. Relógio e calendário visíveis no leito. Abrir cortinas para proporcionar visão da luz do dia e do ambiente externo ao hospital. Transferir pacientes com mais fatores de risco para leitos menos isolados ou confinados. Permitir e estimular a visita estendida. utilizar óculos e aparelho auditivo durante o dia.	Haloperidol IV, SC##, VO/SNE: 1 a 5mg 6/6h Quetiapina VO/SNE: 25 a 100mg 8/8h Risperidona VO/ SNE 2 a 4mg 12/12

**Elaborado por:** Américo Alves de Almeida Júnior  
– Diretor Clínico  
**Revisado por:**

Renato Oliveira Feliciano  
Médico CTI

**Aprovado por:**

Ana Paula Lopes Santos Guerra  
Diretora Assistencial

**Verificado por:**

Ana Cláudia Veloso Prates  
Supervisora de Qualidade

### 5.3. Descontinuação do suporte avançado de vida

Na terceira fase (cuidado paliativo exclusivo), medidas invasivas e métodos artificiais de suporte apenas prolongam o morrer, com sofrimento desnecessário para o paciente e seus familiares. A decisão sobre o não incremento do suporte avançado de vida ou sua retirada deve ser tomada em conjunto. Todos os envolvidos devem estar informados, orientados, concordantes, em paz e à vontade com a conduta. Interrupção de medicamento vasoativo: durante o morrer, o tratamento vasoativo é considerado fútil, tendo em vista que é incapaz de mudar o desfecho clínico já esperado. O desligamento ou não incremento do vasopressor deve ser seguido da retirada da monitorização de pressão arterial, tendo em vista que tal aferição não muda a conduta quanto a hipotensão e gera ansiedade nos envolvidos com o cuidado. Essas condutas e informações devem ser tratadas de maneira participativa e transparente. Há que se ter em mente que a hipotensão precede a morte e que, nesses casos, apresenta-se como o mecanismo natural da mesma. Desintubação paliativa: refere-se à retirada da prótese ventilatória e, conseqüentemente, do suporte ventilatório invasivo em pacientes já em cuidados paliativos exclusivos. Nesses casos, a permanência do suporte ventilatório não é capaz de mudar o desfecho clínico e é prolongadora do morrer. A indicação de desintubação paliativa deve ser previamente discutida entre todos os envolvidos no cuidado ao paciente e, posteriormente, levada a visita multiprofissional. Em seguida, convoca-se reunião entre equipe e familiares. A família deve estar ciente de que, após a desintubação paliativa, o paciente pode manter a respiração natural por horas ou dias ou pode falecer em minutos. Procedimento de tomada de decisão: Identificado a necessidade de progressão dos cuidados paliativos, o médico horizontal da semana se reúne e discute o caso com o médico assistente do paciente. Após concordância deste, a discussão segue para a visita multidisciplinar, visando uniformização do pensamento, para que toda a equipe tenha entendimento equalizado e se envolva de forma coesa no processo.

## 6. REUNIÃO DE REGISTRO

As reuniões com os familiares devem ter a presença do intensivista horizontal da unidade, da enfermeira responsável e da psicóloga da unidade. Devem estar presentes o responsável legal e o maior número possível de entes de primeiro grau. Os encontros deverão ser realizados durante o dia, seguindo os horários pré estabelecidos da unidade e imediatamente antes do horário de visita. Os registros formais dos assuntos abordados nas reuniões com familiares e das decisões clínicas serão feitos pelo médico horizontal da unidade. Os nomes dos participantes das reuniões devem ser registrados sempre que possível.

## 7. CONFLITOS

Em caso de conflito entre a conduta médica/multiprofissional e a expectativa da família, deve-se programar reunião para alinhamento da comunicação, esclarecimento de dúvidas e detalhamento de condutas. Ao final da reunião espera-se uma unidade entre os participantes quanto a perspectiva e proposta de cuidado. Caso esse consenso não seja alcançado, prevalece a estratégia de cuidado vigente ou anterior até que outros diálogos sejam eficazes.

<b>Elaborado por:</b> Américo Alves de Almeida Júnior – Diretor Clínico <b>Revisado por:</b>  Renato Oliveira Feliciano <b>Médico CTI</b>	<b>Aprovado por:</b>  Ana Paula Lopes Santos Guerra <b>Diretora Assistencial</b>	<b>Verificado por:</b>  Ana Cláudia Veloso Prates <b>Supervisora de Qualidade</b>
--	---	--

## 8. REFERENCIAS

1. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, et al. End of life and palliative care in intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2008; 20 (4): 422-8.
2. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. N Engl J Med. 2014; 370 (26): 2506-14.
3. Soares M. End of life care in Brazil: the long and winding road. Crit Care. 2011;15(1):110.
4. Moritz RD. Cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Ateneu. 2012.
5. Bafi, AT et. AL; Manual de cuidados palia+vos em UTI; Hospital São Paulo (Unifesp).

**Elaborado por:** Américo Alves de Almeida Júnior  
– Diretor Clínico  
**Revisado por:**

Renato Oliveira Feliciano  
**Médico CTI**

**Aprovado por:**

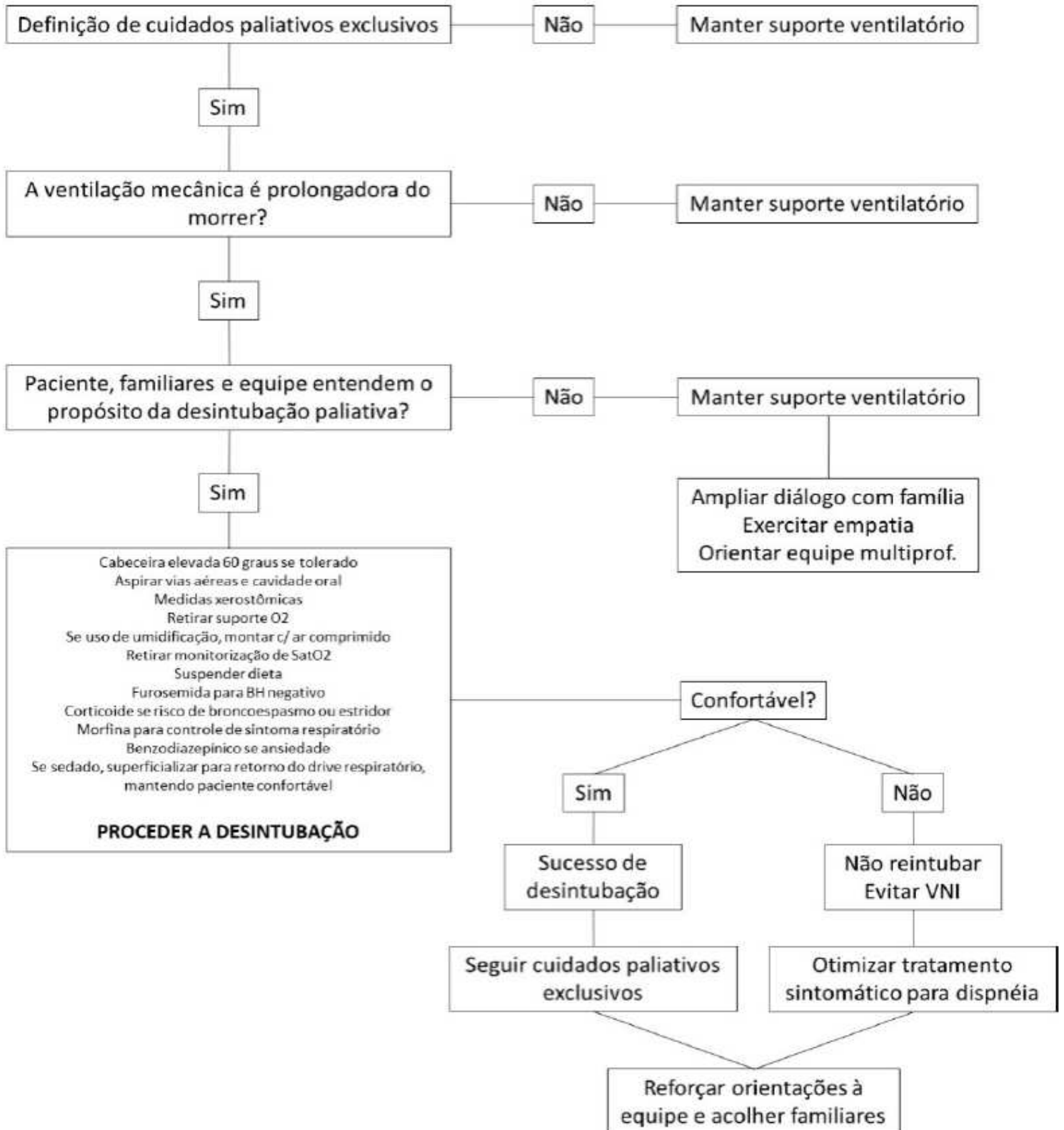
Ana Paula Lopes Santos Guerra  
**Diretora Assistencial**

**Verificado por:**

Ana Cláudia Veloso Prates  
**Supervisora de Qualidade**



### FLUXOGRAMA DESINTUBAÇÃO PALIATIVA



Elaborado por: Américo Alves de Almeida Júnior  
– Diretor Clínico  
Revisado por:

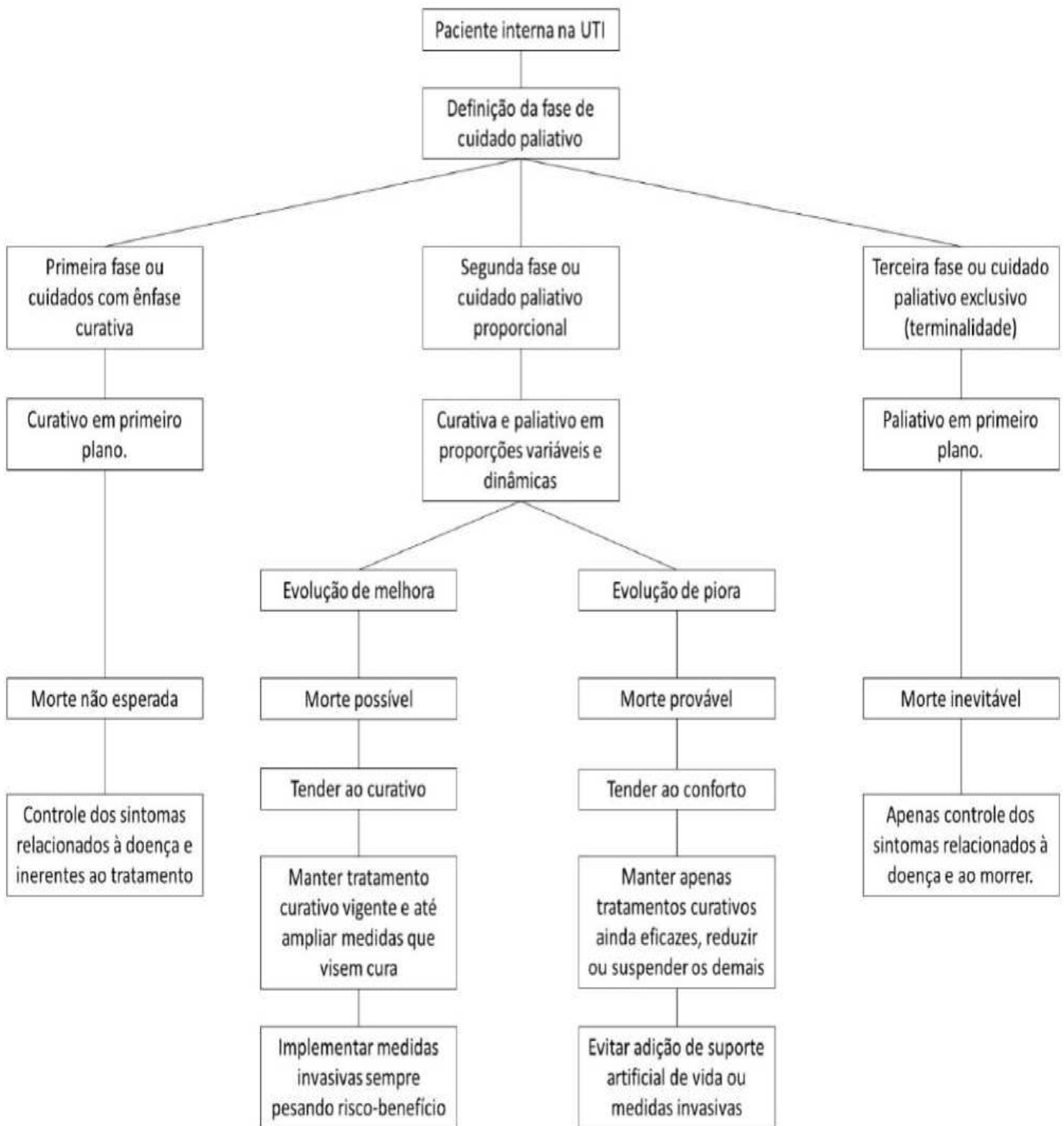
Renato Oliveira Feliciano  
Médico CTI

Aprovado por:

Ana Paula Lopes Santos Guerra  
Diretora Assistencial

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates  
Supervisora de Qualidade



**Elaborado por:** Américo Alves de Almeida Júnior  
– Diretor Clínico  
**Revisado por:**

Renato Oliveira Feliciano  
Médico CTI

**Aprovado por:**

Ana Paula Lopes Santos Guerra  
Diretora Assistencial

**Verificado por:**

Ana Cláudia Veloso Prates  
Supervisora de Qualidade