

Rachel Duarte Moritz¹, Alberto Deicas², Mônica Capalbo³, Daniel Neves Forte¹, Lara Patrícia Kretzer¹, Patrícia Lago¹, Raquel Pusch¹, Jairo Othero¹, Jefferson Piva¹, Newton Brandão da Silva¹, Nara Azeredo¹, Raphaella Ropelato¹

1. Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB – Brasil.
2. Sociedade Uruguaia de Medicina Intensiva – SUMI – Uruguai.
3. Sociedade Argentina de Terapia Intensiva – SATI – Argentina.

Conflitos de interesse Nenhum.

Submetido em 15 de Novembro de 2010

Aceito em 16 de Dezembro de 2010

Autor correspondente:

Patrícia Miranda Lago
Rua Furriel Luis Vargas 238/238
CEP: 90470-130 - Porto Alegre (RS),
Brasil
E-mail: lagopatrícia@terra.com.br

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

II Forum of the “End of Life Study Group of the Southern Cone of America”: palliative care definitions, recommendations and integrated actions for intensive care and pediatric intensive care units

RESUMO

Cuidado paliativo é uma forma de abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, através da prevenção, da identificação e do tratamento precoces dos sintomas de sofrimento físico, psíquico, espiritual e social. Todo paciente criticamente enfermo deve receber cuidados paliativos desde a internação, o que torna de primordial importância a educação e o treinamento dos intensivistas para a implantação destes cuidados nas unidades de terapia intensiva, tanto para atendimento de adultos como

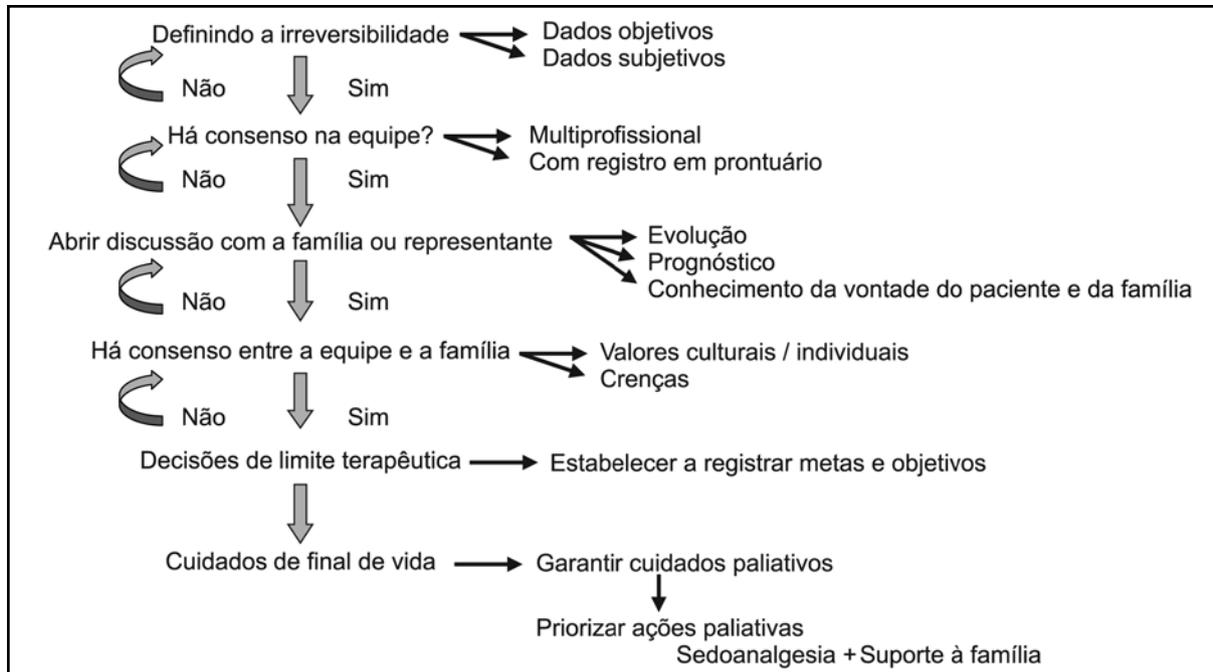
pediátrico. Em continuidade aos planos da Câmara Técnica de Terminalidade e Cuidados Paliativos da Associação de Medicina Intensiva Brasileira e, levando em consideração o conceito previamente apontado, foi realizado em outubro de 2010, durante o Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva, o IIº Fórum 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.

Descritores: Cuidados paliativos; Unidades de terapia intensiva; Estado terminal

INTRODUÇÃO

Embora as unidades de terapia intensiva (UTIs) sejam destinadas a prestar atendimento a pacientes instáveis do ponto de vista clínico, mas com potencial de recuperação, muitos doentes morrem nessas unidades por falência de múltiplos órgãos. Por outro lado, alguns pacientes, vítimas de enfermidades crônico-degenerativas, são internados em UTI por apresentarem intercorrências agudas de suas patologias. Esses fatos geram dilemas éticos no que concerne ao adequado tratamento a ser fornecido ao paciente crítico com doença terminal e às políticas de alocação de recursos. Visando a otimização do tratamento dos doentes críticos terminais, foi desenvolvido no ano de 2009 por membros das Sociedades Argentina, Uruguaia e Brasileira de Medicina Intensiva, um algoritmo (Figura 1).⁽¹⁾

Apesar de que a maioria dos pacientes e de seus familiares afirme que a colaboração interdisciplinar é essencial para o adequado tratamento no final da vida, as decisões sobre esse tratamento são, na sua maioria, tomadas pelos médicos através de um modelo paternalista de relacionamento médico - paciente. Questões culturais influem na tomada dessas decisões.⁽²⁾ Entretanto, cada vez mais tem sido estimulado o debate sobre o tema, com uma crescente importância à autonomia do paciente, tanto em âmbito legal (Código Civil, artigo 15), quanto ético⁽³⁾ ou prático/cultural,^(4,5) tornando dinâmicos os conceitos pré-estabelecidos. Corroborando com essa afirmação as mudanças ocorridas no Código de Ética Médica Brasilei-



- Salienta-se ⇒ O apoio ao paciente, seus familiares e a equipe multiprofissional deve ser garantido durante todo o processo
 ⇒ Toda e qualquer decisão pode ser reavaliado a qualquer momento
 ⇒ Deve ser respeitado o tempo de paciente e de seus familiares no que concerne a compreensão do processo

Figura 1 - Sugestões para a tomada de decisão quanto ao paciente crítico com doença terminal.

ro.⁽³⁾ A última revisão desse Código dispõe em seu princípio fundamental 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 ele expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”, e XXII que “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”. No capítulo V, referente a relação com pacientes e familiares é descrito no Art. 41, ser proibido ao médico “Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal” sendo colocado como 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 legal”.⁽³⁾ O Artigo 15 do novo Código Civil diz que: “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. Como consequência do dispositivo, fica evidenciado que os médicos devem informar os pacientes sobre os riscos

do tratamento, bem como lhes informar o 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 tratamento.

Tem sido constatado que o modo como se realiza a comunicação com familiares sobre situações de fim de vida em UTI repercute, tanto na tomada de decisões e na satisfação e resolução de conflitos, quanto na saúde do familiar em períodos de até 90 dias após o óbito do paciente.⁽⁶⁻⁸⁾ 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 e sim à diminuição da utilização de tratamentos fúteis, com consequente melhor qualidade de vida e diminuição dos custos com a saúde.⁽⁹⁾

A Organização Mundial de Saúde define Cuidados Paliativos como uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida dos familiares e dos pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, através da prevenção e do tratamento precoces dos sintomas dos sofrimentos físico, psíquico, espiritual e social.⁽¹⁰⁾ O enfoque principal do tratamento é baseado na

qualidade de vida do paciente. Na década de 90 do século XX a definição de cuidados paliativos proposta abordava somente o tratamento a ser prestado no final da vida. No entanto, desde 2002, esta definição se estendeu, de forma que 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 (Figura 2).⁽¹¹⁾ Estas formas de cuidado não se anulam, podendo ser complementares no cuidado ao paciente em situações de risco de vida e de sua família. A principal questão a ser enfrentada pela equipe assistencial, pacientes e familiares não é “se” o paciente é candidato a cuidados paliativos, mas sim qual a prioridade do tratamento, se a cura e o restabelecimento ou o conforto e a qualidade de vida? Para isto, devem ser levadas em consideração tanto questões biológicas (gravidade, prognóstico, tratamentos disponíveis para a doença), quanto questões éticas (equilíbrio entre autonomia e beneficência, por exemplo) e pessoais ou culturais (valores e preferências diante da morte ou participação em decisões, por exemplo). Em UTI, a integração entre os cuidados paliativos e curativos desde o momento da admissão é ressaltada com cada vez maior importância, na busca de um atendimento de qualidade.^(1,9-15) Vale ressaltar que em pacientes sob tratamento ambulatorial, o início precoce dos cuidados paliativos integrado aos cuidados modificadores de doença foi associado tanto a melhor qualidade de vida, quanto a importante ganho de sobrevivência.⁽¹⁶⁾

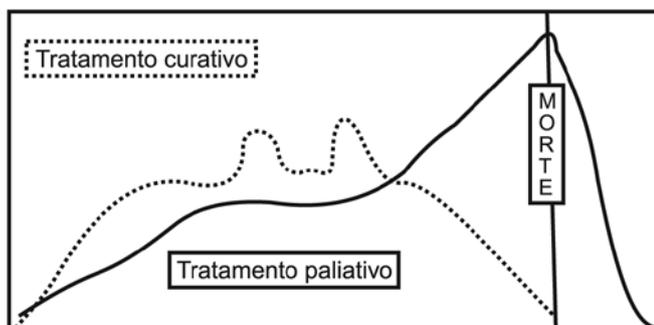


Figura 2 - Etapas dos tratamentos curativo e paliativo.

Cada vez mais são identificadas metas que visem reduzir tensões éticas associadas ao tratamento de pacientes com doenças terminais, com ênfase ao tratamento baseado na obtenção do conforto. A promoção de uma melhor comunicação e do melhor conhecimento sobre cuidados paliativos nas UTI pode prevenir conflitos e melhorar o tratamento do paciente crítico. Sob este aspecto, é aconselhado que sejam respeitados os aspectos sócio-culturais dos pacientes

e de seus familiares e que sejam avaliados os aspectos éticos e práticos da recusa ou suspensão de terapia fútil, da administração de sedoanalégsicos e da abordagem não farmacológica, que possam diminuir o sofrimento de todos os envolvidos no processo.^(9,10,14,17) 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 setores.⁽⁹⁾ Diferentes modelos têm sido propostos para a melhoria dos cuidados paliativos nas UTI. Destacam-se dois modelos: o integrativo, que visa incorporar os cuidados e intervenções paliativas na prática diária dos intensivistas, e o consultivo, que através de interconsultas com equipes de cuidados paliativos, incorpora tal prática aos cuidados de UTI.⁽¹⁵⁾ Ressalta-se novamente que esses cuidados devem ser fornecidos para todos os pacientes internados na UTI e para seus familiares.

METODOLOGIA E OBJETIVO

Em continuidade aos planos da Câmara Técnica de Terminalidade e Cuidados Paliativos da AMIB, levando em consideração os conceitos previamente apontados e, tendo em vista a necessidade de que todos os pacientes criticamente enfermos devam receber cuidados paliativos, foi realizado o IIº Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul. O objetivo deste fórum foi a elaboração de recomendações pertinentes aos cuidados paliativos a serem prestados aos pacientes críticos.

O Fórum foi realizado durante o XV Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, no dia 15 de outubro de 2010, na cidade de Brasília. Houve a participação de membros das Sociedades Brasileira (AMIB), Uruguaia (SUMI) e Argentina (SATI) de Medicina Intensiva. Foram convocados e estavam presentes os seguintes profissionais: Alberto Deicas (médico/SUMI), Daniel Neves Forte (médico/AMIB), Jairo Othero (médico/AMIB), Jefferson Piva (médico/AMIB), Mônica Capalbo (médico/SATI), Newton Brandão (médico/AMIB), Lara Patrícia Kretzer (médico/AMIB), Nara Azeredo (enfermeira/AMIB), Patrícia Lago (médica/AMIB), Rachel Duarte Moritz (médica/AMIB), Raphaella Ropelato (psicóloga/AMIB) e Raquel Pusch (psicóloga/AMIB).

Como resultado os participantes, baseados em dados de literatura, sugeriram definições, recomendações e ações integradas a serem seguidas para a implantação dos cuidados paliativos propostos aos pacientes criticamente enfermos (Quadros 1, 2 e 3). Foi também proposto um fluxograma para a prestação de cuidados paliativos na UTI (Figura 3).

Quadro 1 – Definições dos cuidados paliativos

Definições	
Cuidados paliativos	Abordagem que visa à melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, através da prevenção e do tratamento precoces dos sintomas do sofrimento físico, psíquico, espiritual e social. Esses cuidados devem ser prestados a todos os pacientes, em concomitância com os cuidados curativos, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades, com os desejos dos pacientes e de seus familiares e com a evolução própria de cada doença.
Cuidados paliativos em ambientes intensivos	Aqueles a serem prestados a todos os pacientes com risco de vida e com sintomas que comprometam a qualidade de vida.

Quadro 2 - Recomendações quanto aos cuidados paliativos a serem prestados aos pacientes criticamente enfermos

Recomendações
<p>1. Devem ser oferecidos a todo o enfermo admitido em unidade de terapia intensiva (UTI).</p> <p>2. Devem ser definidas as fases da assistência intensiva:</p> <p>Primeira fase - 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. (Morte pouco provável).</p> <p>Segunda fase - 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).</p> <p>Terceira fase - 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. (Morte prevista para horas ou dia).</p> <p>3. Em todas as fases, oferecer e manter cuidados individualizados, suficientes para garantir o tratamento físico, psico-emocional e sócio-cultural do binômio paciente-família, respeitadas as perspectivas bioéticas, deontológicas e legais.</p> <p>4. Em todas as fases verificar a existência de diretivas antecipadas, da avaliação interdisciplinar do diagnóstico, do prognóstico e do tratamento, da verificação do entendimento dos familiares e da identificação de potenciais conflitos.</p> <p>5. Na primeira fase a ênfase assistencial está focada na sustentação dos sistemas vitais e na recuperação plena do paciente, sem que sejam descuidados os cuidados de conforto psico-emocional do binômio paciente-família.</p> <p>6. Na segunda fase a ênfase assistencial está focada no oferecimento e na manutenção de um conjunto de cuidados para a promoção de conforto físico e psico-emocional do binômio paciente-família.</p> <p>7. Na terceira fase a ênfase assistencial está focada no oferecimento e na manutenção do conjunto de cuidados para conforto físico e psico-emocional do binômio paciente-família. Ressaltando-se a importância de que não sejam implantadas e/ou mantidas ações desnecessárias e fúteis e que sejam privilegiadas a comunicação e as melhores condições para que a família acompanhe o doente e se prepare para a morte.</p> <p>8. Nos cuidados paliativos dar enfoque preferencial a promoção do bem estar do paciente, principalmente no que concerne ao controle dos sintomas (dor, desconforto, dispnéia, boca seca, respiração ruidosa, etc).</p> <p>9. Na passagem da segunda para a terceira fase, a assistência ao paciente e/ou família no processo de tomada de decisão, é crucial para o estabelecimento do consenso. De acordo com a gravidade, a preferência e os valores destes, o modelo empregado pode ser mais paternalista ou mais compartilhado. O desenvolvimento de habilidades de comunicação é fundamental neste momento.</p>

Quadro 3 – Sugestões de ações a serem tomadas na implantação de cuidados paliativos em ambientes críticos

Sugestões para ações paliativas integradas
<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar o treinamento de habilidades em comunicação • Diferenciar conferências planejadas (informação e verificação do entendimento sobre diagnóstico, prognóstico, tratamento; avaliação de potenciais conflitos/satisfação/confiança) de boletins médicos (informação sobre a evolução clínica diária do paciente) • Verificar e promover a documentação de Diretivas Antecipadas • Verificar o desejo dos envolvidos quanto à participação nas decisões • Providenciar reuniões multidisciplinares • Agendar reuniões para reavaliação de casos problemas • Desenvolver protocolos para a abordagem de conflitos • Estabelecer protocolos de controle de qualidade e de adesão às ações paliativas

Fluxograma para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva	
<p>Em todas as fases: Privilegiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • A tomada individualizada de decisão • O controle dos sintomas (dor, desconforto, dispnéia, boca seca, respiração ruidosa, etc.) <p>Fase II Morte esperada em dias, semanas ou meses Associada a condição fisiopatológica debilitante, com dependência tecnológica e/ou terapêutica crônica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular medidas de comunicação empática • Estimular atitudes de solidariedade • Facilitar a presença dos familiares • Avaliar o melhor local para fornecer os cuidados paliativos • Possibilitar a alta da UTI • Estabelecer as prioridades entre os cuidados paliativos e/ou curativos • Priorizar o conforto do paciente • Evitar intervenções fúteis • Adequar estratégias de sedoanalgesia, suporte ventilatório e nutrição • Readequar as monitorizações e os cuidados multiprofissionais 	<p>Em todas as fases: Propiciar apoio psíquico e espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respeitar a existência ou não de crenças • Permitir cerimônias de despedida (adequadas ao ambiente) • Proporcionar apoio psicológico para: paciente/família/equipe <p>Fase III Morte esperada em horas ou dia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensificar medidas de comunicação empática • Intensificar atitudes de solidariedade • Facilitar a presença dos familiares de uma maneira permanente • Privilegiar o conforto do paciente • Retirar terapia fútil (nutrição, drogas vaso ativas, métodos dialíticos, etc.) • Adequar estratégias de sedoanalgesia, suporte ventilatório, etc. • Readequar as monitorizações e os cuidados multiprofissionais

UTI – unidade de terapia intensiva

Figura 3 - Fluxograma para a prestação de cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.

CONCLUSÃO

O conhecimento dos cuidados paliativos deve fazer parte do bom atendimento de pacientes internados em UTI e UTIP. Com o objetivo de qualificar a assistência ao paciente crítico foram desenvolvidas recomendações que visam a capacitação da equipe médica e multidisciplinar.

ABSTRACT

Palliative care is aimed to improve the quality of life of both patients and their family members during the course

of life-threatening diseases through the prevention, early identification and treatment of the symptoms of physical, psychological, spiritual and social suffering. Palliative care should be provided to every critically ill patient; this requirement renders the training of intensive care practitioners and education initiatives fundamental. Continuing the Technical Council on End of Life and Palliative Care of the Brazilian Association of Intensive Medicine activities and considering previously established concepts, the II Forum of the End of Life Study Group of the Southern Cone of America was conducted in October 2010. The forum aimed to develop palliative care recommendations for critically ill patients.

Keywords: Hospice care; Intensive care units; Critical illness

REFERÊNCIAS

1. Curtis JR, Vincent JL. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet*. 2010;376(9749):1347-53.
2. Moritz RD, Lago PM, Deicas A, Nilson C, Machado FO, Othero J, et al. 1º Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(3):306-9.
3. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_1.asp
4. Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2003;15(1):40-4.
5. J, Lago P, Othero J, Garcia PC, Fiori R, Fiori H, et al. Evaluating end of life practices in ten Brazilian paediatric and adult intensive care units. *J Med Ethics*. 2010;36(6):344-8.
6. McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, Treece PD, Shannon SE, Rubenfeld GD, Patrick DL, Curtis JR. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med*. 2004;32(7):1484-8.
7. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, Annane D, Bleichner G, Bollaert PE, Darmon M, Fassier T, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Goulonok C, Goldgran-Toledano D, Hayon J, Jourdain M, Kaidomar M, Laplace C, Larché J, Liotier J, Papazian L, Poisson C, Reignier J, Saidi F, Schlemmer B; FAMIREA Study Group. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171(9):987-94.
8. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, 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(5):469-78. Erratum in: *N Engl J Med*. 2007;357(2):203.
9. Kuschner WG, Gruenewald DA, Clum N, Beal A, Ezeji-Okoye SC. Implementation of ICU palliative care guidelines and procedures: a quality improvement initiative following an investigation of alleged euthanasia. *Chest*. 2009;135(1):26-32.
10. World Health Organization. WHO definition of palliative care, 2005. [cited 2010 Jan 12]. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
11. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, Levy M, Mularski RA, Osborne ML, Prendergast TJ, Rucker G, Sibbald WJ, Wilfond B, Yankaskas JR; ATS End-of-Life Care Task Force. 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(8):912-27.
12. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008;36(3):953-63. Erratum in: *Crit Care Med*. 2008;36(5):1699.
13. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Downey L, Shannon SE, Braungardt T, et al. Integrating palliative and critical care: evaluation of a quality-improvement intervention. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;178(3):269-75.
14. Mularski RA. Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006;34(11 Suppl):S309-16.
15. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Cortez TB, Curtis JR, Lustbader DR, Mulkerin C, Puntillo KA, Ray DE, Weissman DE; Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit Project. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). *Crit Care Med*. 2010;38(9):1765-72.
16. Temel JS, 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;363(8):733-42.
17. 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(5):770-84. Review.