

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 29/02/2017.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Belmira Di Carla Paes Cardoso Cagliari Martins

**CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES EM ESTADO
TERMINAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.
REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestra
em Bases Gerais da Cirurgia.

Orientador: Prof. Titular Dr. Antonio José Maria Cataneo

Co-orientador: Prof. Dr. Reinaldo Ayer de Oliveira

Botucatu

2016

Belmira Di Carla Paes Cardoso Cagliari Martins

**CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES EM ESTADO TERMINAL EM
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA. REVISÃO SISTEMÁTICA E
METANÁLISE.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Bases Gerais da Cirurgia.

Orientador: Prof. Titular Dr. Antonio José Maria Cataneo

Co-orientador: Prof. Dr. Reinaldo Ayer de Oliveira

**BOTUCATU/SP
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Martins, Belmira Di Carla Paes Cardoso Cagliari.

Cuidados paliativos para pacientes em estado terminal em Unidades de Terapia Intensiva: revisão sistemática e metanálise / Belmira Di Carla Paes Cardoso Cagliari Martins.
- Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Antonio José Maria Cataneo

Co-orientador: Reinaldo Ayer de Oliveira

Capes: 40000001

1. Unidade de tratamento intensivo. 2. Tratamento intensivo. 3. Tratamento paliativo. 4. Doentes terminais - Cuidados. 5. Revisão. 6. Metanálises.

Palavras-chave: Cuidados de final de vida; Cuidados paliativos; Unidades de terapia intensiva.

Dedicatória

*Aos meus pais, **Elvira e Adolfo** (in memoriam) pelos valores morais, educação e amor transmitidos.*

*Aos meus sogros, **Vilma e Alcides**, pela inestimável colaboração na rota da minha vida.*

*Às minhas filhas **Carla e Clara** que enchem meu mundo de amor e alegria e que me orgulham a cada dia, pelas posturas corretas, e condutas éticas diante da vida.*

*Ao meu esposo **Marco Antonio**, pelo companheirismo na vida, pela cumplicidade diária, e pelo apoio em todos os momentos de nossa existência.*

Agradecimientos

Ao **Prof. Dr. Antonio José Maria Cataneo**, pela oportunidade do aprendizado, por compartilhar de sua inteligência brilhante e raciocínio lógico, na prática de nossas atividades e no método científico.

Ao **Prof. Reinaldo Ayer de Oliveira**, pela disposição, por oportunizar seus ensinamentos, e sobretudo pelo apoio.

À **Profa. Dra. Regina Helena Garcia Martins**, pelo estímulo impulsionador à capacitação.

Aos funcionários da Biblioteca da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, pela colaboração e empenho na localização dos artigos, revisão das referências e orientações, e na realização da ficha catalográfica.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu, pela atenção, orientações e informações, sempre dispensadas com muita amizade.

Resumo

RESUMO

Introdução: O implemento de cuidados paliativos (CP) está associado a melhor qualidade de vida do paciente em estado terminal (PET), buscando reduzir o sofrimento de todos os envolvidos no processo de morte.

Justificativa: Acredita-se que PET não deveria estar internado e nem morrer em UTI. **Objetivos:** Determinar se a instalação de equipes de CP podem diminuir o tempo de internação e a mortalidade na UTI de PET. **Métodos:**

Revisão sistemática de artigos que compararam PET internados em UTI que receberam cuidados de fim de vida após a instituição de uma equipe de CP (intervenção) com aqueles que receberam os cuidados quando ainda não havia sido instituída a equipe de CP (controle). Os desfechos analisados foram o tempo de internação em UTI apresentado pela diferença de média com o correspondente IC a 95%, mortalidade em UTI apresentado como razão de risco com o correspondente IC a 95%, e qualidade de vida. Foram pesquisadas as bases de dados: PUBMED, LILACS, SCOPUS, EMBASE e Cochrane CENTRAL. **Resultados:** Após leitura de títulos e resumos de 399 artigos, foram selecionados 27 estudos para a análise de texto completo, e finalmente excluídos 19, restando 8 artigos para inclusão, envolvendo 7846 participantes. Sete estudos foram realizados nos Estados Unidos e um na Austrália. Foi realizada metanálise para o tempo de internação em UTI, utilizando quatro estudos, que resultou em redução de aproximadamente 2,5 dias no tempo de internação com a aplicação da intervenção: media -2,44 dias (IC -4,41 a -0,48) $p=0,01$, $I^2 = 86\%$. Também foi realizada metanálise da mortalidade em UTI com quatro estudos, que resultou na mortalidade menor no grupo que sofreu intervenção: razão de risco= 0,78 (IC 0,70 a 0,87) $p<0,00001$, $I^2=18\%$, NNT=23. Não houve diferença na qualidade de vida. **Conclusão:** A instalação de equipes de CP pode diminuir o sofrimento dos familiares e dos pacientes que estão recebendo cuidados de fim de vida em UTI, devido a redução do tempo de internação e da taxa de mortalidade em UTI, podendo este primeiro ser um redutor de custos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Cuidados de Final de Vida; e Unidades de Terapia Intensiva.

Abstract

ABSTRACT

Introduction: The palliative care (PC) procedure is associated with better quality of life for terminally ill patients (TIP), in order to reduce the suffering of everyone involved in the death process. **Rationale:** It is believed that TIP shouldn't be institutionalized and not die in the ICU. **Objectives:** To determine if the installation of CP teams can reduce the length of stay and mortality in ICU TIP. **Methods:** A Systematic review of articles comparing TIP in ICU beds who received end of life care following the imposition of a team of PC (intervention) to those who received care when they had not yet been introduced the PC team (control). The outcome measures were the time of ICU admission presented by average difference with the corresponding 95% CI, mortality in ICU presented as risk ratios with corresponding 95% CI and quality of life. Databases were searched: PUBMED, LILACS, Scopus, EMBASE and Cochrane CENTRAL. **Results:** After reading titles and abstracts of 399 articles, 27 studies were selected for full text analysis, and finally 19 were excluded, leaving 8 articles for inclusion, involving 7846 participants. Seven studies were performed in the United States and one in Australia. Meta-analysis was performed to the ICU length of stay, using four studies, which resulted in a reduction of approximately 2.5 days in the length of stay with the application of intervention: Media -2.44 days (CI -4.41 to -0.48) $p = 0.01$, $I^2 = 86\%$. It was also performed a meta-analysis of mortality in ICU with four studies, which resulted in lower mortality in the intervention group: hazard ratio = 0.78 (CI 0.70 to 0.87) $p < 0.00001$, $I^2 = 18\%$, NNT = 23. There was no difference in quality of life. **Conclusion:** The installation CP teams can reduce suffering of family members and patients receiving end of life care in the ICU due to reduction of hospital stay and mortality rate in the ICU, which may first be costs reducer.

Keywords: Palliative Care; End of Life Care; and Intensive Care Units.

Lista de Ilustrações

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1:** Fluxograma da seleção dos artigos incluídos..... 36
- Figura 2:** Metanálise do tempo de internação em UTI antes e após a instalação das equipes de cuidados paliativos..... 50
- Figura 3:** Metanálise da mortalidade em UTI antes e após a instalação das equipes de cuidados paliativos..... 51

Lista de Quadros

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Características dos estudos incluídos	37
Quadro II - Estudos excluídos	48

Sumário

SUMÁRIO**RESUMO****ABSTRACT****LISTA DE ILUSTRAÇÕES****LISTA DE QUADROS**

1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVO	30
3. MÉTODOS	32
3.1. Critérios para considerar os estudos para esta revisão.....	32
3.1.1 - Estratégia de busca para identificação dos estudos	32
3.1.2 - Seleção dos estudos	33
3.2. Extração e gerenciamento de dados	33
3.3. Avaliação dos riscos de vieses.....	33
3.4. Quantificação do Efeito da Intervenção.....	33
3.5. Avaliação da heterogeneidade	34
3.6. Síntese dos resultados	34
3.7. Parecer ético	34
4. RESULTADOS	36
4.1. Descrição dos estudos	36
4.1.1 - Resultados da pesquisa	36
4.1.2 - Local dos estudos	38
4.1.3 - Pacientes e período de inclusão	38
4.1.4 - Tipos de intervenção	38
4.1.5 - Desfechos avaliados	41
4.1.6 - Descrição dos estudos incluídos.....	43
4.2. Estudos excluídos	47
4.3. Efeitos das Intervenções	49
4.3.1 - Tempo de internação em UTI.....	49
4.3.2 - Mortalidade em UTI.....	50
4.3.3 - Qualidade de Vida em UTI	51
4.4. Outros desfechos avaliados pelos estudos e apresentados em forma descritiva	52
5. DISCUSSÃO	58

5.1. Resumo dos principais resultados.....	58
5.2. Completude e aplicabilidade geral da evidência	58
5.3. Qualidade da evidência	59
5.4. Vieses potenciais no processo de revisão.....	59
5.5. Acordos e desacordos com outros estudos ou revisões	59
6. CONCLUSÃO DOS AUTORES	61
7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	63
8. IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA	65
9. REFERÊNCIAS.....	67
10. BIBLIOGRAFIA	74
11. ANEXO I.....	76

Introdução

1. INTRODUÇÃO

No passado, as tecnologias médicas eram mais limitadas, esgotavam-se os recursos terapêuticos e o processo da vida seguia seu ritmo natural. A ciência considerava a morte como uma ocorrência imprevisível, causada pela cessação das atividades vitais.

Entre os anos 60 e 70, através dos avanços dos conhecimentos científicos e tecnológicos, o conceito de morte passou por uma modificação; de fenômeno imprevisível, tornou-se um processo evolutivo, dinâmico e complexo.

No final da década de 80, ocorreu uma revolução científica e tecnológica, em relação à atenção ao paciente portador de doença grave, aguda ou crônica, com o desenvolvimento de equipamentos sofisticados para recuperação e preservação das funções orgânicas vitais, caracterizados por suporte para prolongamento da vida do paciente.

Associado a este avanço, promovendo uma grande reformulação no conceito de terminalidade da vida, foram criadas as unidades de terapia intensiva, que disponibilizaram recursos materiais, e pessoal com qualificação técnica para o tratamento dos pacientes nesta situação.

Segundo Gutierrez (2001), "...A conceituação de **paciente terminal** não é algo simples de ser estabelecido, embora frequentemente nos deparemos com avaliações consensuais de diferentes profissionais. Talvez, a dificuldade maior esteja em objetivar este momento, não em reconhecê-lo."

De acordo com o autor, o termo central da conceituação é a terminalidade, que é o esgotamento das possibilidades de restabelecer as condições de saúde do paciente, e uma vez constatado como irrecuperável, torna-se previsível e inevitável a ocorrência de sua morte.

Na mesma esteira, é o entendimento de Silva e Mendonça (2011), "O paciente terminal é reconhecido como aquele que se encontra em fase terminal de uma doença, sendo o seu óbito o desenlace esperado, independentemente da terapêutica utilizada. No entanto, conceituar o que é paciente terminal torna-se algo menos simples de ser estabelecido, uma vez que para o médico objetivar o momento terminal não é tão fácil quanto reconhecê-lo."

Segundo Maciel (2008); o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP, em 2007, formou um grupo de trabalho, que discutiu sobre a conceituação, sem qualquer caráter de imposição ou normatização, e que sugeriu uma definição para paciente terminal: “...**Paciente terminal**: O grupo do Cremesp sugere que se evite este termo por ser muitas vezes estigmatizante e capaz de gerar confusões. A literatura mundial o define de formas diferentes, como a existência de doença incurável, o período compreendido entre o final do tratamento curativo e a morte, ou, ainda, como a fase designada como processo de morte, que inclui duas fases distintas: últimas semanas de vida e últimas horas de vida.”

Na história da medicina, a ideia de prolongamento do processo vital, é recente.

As intervenções para prolongamento do tempo médio de vida, podem oferecer suporte artificial de vida, ao paciente portador de uma doença crônica ou aguda, com a expectativa de reversão, constituindo-se em suporte aos órgãos e sistemas, que se apresentam com dificuldades de executarem adequadamente as suas funções.

Entretanto essas intervenções, se empregadas nos pacientes em estado terminal, podem prolongar de forma dolorosa, o processo de morte.

Assim é que, ao exame da evolução da doença do paciente, se for constatada a inevitabilidade de sua morte, esta não deverá ser combatida a qualquer custo, através de intervenções que não preservem a qualidade de vida do paciente, porque, a morte, é o desfecho esperado e natural da vida.

“ ...Porém, não é essa a realidade que se encontra nas UTIs (Unidade de Terapia Intensiva) dos hospitais. Pessoas com doença em estágio terminal, sem chance de cura, se agonizam nos leitos dos hospitais e sofrem demasiadamente, pois somente sobrevivem ligadas a aparelhos, que prolongam a morte, sem levar em consideração a dignidade do paciente.” (Bomtempo, 2011)

O fato de um paciente estar em estado terminal, não significa que, nada mais poderá ser feito em seu benefício, pois, existe a possibilidade de lhe serem oferecidas, as condutas que visem aliviar sua dor e desconforto.

É exatamente neste estágio terminal da doença, que a relação médico-paciente, ganha importância para os princípios da bioética.

Nos últimos anos, o aumento na eficácia e segurança das modalidades terapêuticas, motivaram questionamentos sobre os aspectos econômicos, éticos e legais, no que se refere a compreensão de suas limitações, e de seu uso adequado.

Do ponto de vista moral, quando o paciente se apresenta na etapa de morte inevitável, sabemos que a atuação médica deve se pautar, prioritariamente no objetivo de aliviar a dor do paciente, e que, se, o paciente for diagnosticado com uma doença curável, a prioridade deverá se fundamentar na preservação de sua vida.

O prolongamento do processo de morte, tem gerado amplos debates sobre quais as condutas médicas que deverão ser adotadas, em relação ao tratamento de pacientes em estado crítico terminal, e diante desse fato, o médico deverá estar preparado para a conduta de limitação do tratamento.

Do ponto de vista ético e técnico, os médicos são formados para proporcionarem os melhores cuidados possíveis aos seus pacientes, e assim, é necessário que se promova uma ampla discussão sobre o tema, com a elaboração de definições ético-legais.

Essa visão ética do tema busca evitar que as inovações tecnológicas, a pretexto de se prestarem a manter a quantidade de vida, se transformem em instrumentos que prolonguem o sofrimento dos pacientes em estado terminal, nas Unidades de Terapia Intensiva, e dessa forma, que acabem retardando o processo de suas mortes, através de métodos artificiais, sem qualquer qualidade de vida, em afronta ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Na literatura, os estudos realizados, buscam estabelecer de forma precisa o momento desse “estado terminal” na evolução de uma doença, através do estabelecimento de índices de prognósticos e de qualidade de vida, preocupando-se em estabelecer novas diretrizes para o acompanhamento dos pacientes, através de aspectos populacionais e epidemiológicos, e dessa forma, não são específicos para que possam ser aplicados individualmente, num contexto de possibilidades e posições individuais.

Vale dizer que, a conceituação de paciente terminal deverá ser reconhecida além de um processo biológico, cultural e subjetivo, deve ser reconhecido, de uma forma humana.

A perspectiva atual nestes casos, é de que deve existir uma junção entre os médicos e uma equipe multiprofissional, para proporcionar ao paciente em estado crítico terminal, a possibilidade de minimizar a sua dor, durante o processo de morte, através de cuidados paliativos.

Esse trabalho multidisciplinar, e denominado de **cuidados paliativos (CP)**, traz uma nova série de condutas, que podem ser oferecidas ao paciente em estado terminal, aliviando sua dor e desconforto, criando possibilidades ao mesmo de situar-se de forma ativa nesse momento de fim de vida, com acompanhamento de profissionais que possam assistir-lhe.

Neste contexto atual, o implemento de Cuidados Paliativos na UTI está associado a melhor qualidade de vida para os pacientes em estado terminal, e acredita-se que esses pacientes não deveriam estar internados, e nem morrer nas Unidades de Terapia Intensiva.

Dessa forma, objetivamos avaliar se a instalação das equipes de cuidados paliativos podem reduzir o tempo de internação e a mortalidade nas Unidades de Terapia Intensiva.

Os estudos apontam a necessidade de uma mudança no objetivo das terapias a serem adotadas nas Unidades de Terapia Intensivas, com prioridade na definição e condução do tratamento ao paciente em estado crítico terminal, de modo a permitir-lhe, através de ações paliativas, sem desconforto, uma morte sem dor.

Segundo Maciel (2008), o **paciente elegível para os cuidados paliativos** é: "... A pessoa portadora de doença crônica, evolutiva e progressiva, com prognóstico de vida supostamente encurtado a meses ou ano...". "O **paciente em processo de morte**; apresenta sinais de uma rápida progressão da doença, e possui um prognóstico estimado em semanas a mês de vida; e, o **paciente em fase final da vida**; é aquele em que supostamente o prognóstico de vida está estimado em horas ou dias".

Contudo, ainda existem barreiras ético-culturais e legais, no que se refere a tomada de decisão médica, e a adequação da condução do tratamento, ao paciente em estado terminal, submetido a procedimentos na

Unidade de Terapia Intensiva; quer no que se refere a limitação, restringindo os recursos artificiais de suporte de vida; quer ainda, na recusa e suspensão do tratamento.

As tensões éticas devem ser reduzidas; respeitados os aspectos socioculturais dos pacientes e de seus familiares; e, que ainda sejam avaliados os aspectos éticos dos tratamentos, que podem diminuir o sofrimento de todos os envolvidos no processo de morte.

Atualmente, o benefício obtido através de uma intervenção médica, é equilibrado com outros valores, buscando fornecer o melhor cuidado, compatível com a evolução, conforme os recursos disponíveis, e dentro dos quatro princípios da Bioética: beneficência; não maleficência; autonomia e justiça.

Santoro (2012), explica que, desde que esses princípios foram formulados por Beauchamps e James Childress, no ano de 1979, passaram a ser considerados como parâmetros para as investigações e diretrizes da bioética:

- “**Beneficência** deriva do latim *bonum facere* (fazer o bem). Segundo este princípio, o médico ou geneticista deve agir em prol do bem-estar das pessoas envolvidas nas práticas biomédicas ou médicas. Busca-se evitar danos, desde que possível.”
- “O desdobramento da beneficência é o princípio da **não maleficência**. Igualmente, o termo vem do latim, *primum non nocere* (primeiro não prejudicar), decorrendo da obrigação de não acarretar dano intencional ao paciente.”
- “De acordo com o princípio da **autonomia**, deve ser respeitada a capacidade de decisão do ser humano, possibilitando que decida por si próprio aquilo que lhe pareça melhor”.
- “Finalmente, de acordo com o princípio da **justiça**, os benefícios e as obrigações sociais devem ser distribuídos de forma que o menos favorecido tenha uma posição equitativa ao mais favorecido, isto é, a imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios”.

No que se refere a aplicação desses princípios éticos, deve ser estabelecido; como, quando, e o que, irá determinar a predominância de um sobre o outro.

A beneficência e a não maleficência, são prioritários sobre a autonomia e justiça, contudo, através da análise da situação, na maioria das vezes, o princípio da beneficência prevalece sobre o da não maleficência, sendo que em determinados casos, poderá ocorrer uma inversão desta prioridade.

Na hipótese de ser constatado que o paciente se encontra em fase terminal, deverá prevalecer nas condutas a serem assumidas, o princípio da não maleficência.

“... Nesse momento, a equipe tem obrigação ética e moral de manter o suporte emocional e todas as medidas que visem a não maleficência, questionando todas aquelas que possam ferir tal objetivo (tratamento fútil ou causador de sofrimento).” (Piva e Carvalho, 2013).

Bitencourt *et al.* (2007), preleciona que, “continuar um tratamento considerado fútil é contra todos os princípios fundamentais da ética médica: contra a beneficência, pois não prevê nenhum benefício ao paciente; contra a não-maleficência, pois pode causar sofrimento e prejuízo ao paciente; contra a justiça, pois exige custos, tempo e energia que poderiam ser mais bem usadas em outros pacientes; e até mesmo contra a autonomia, pois ninguém quer receber uma terapia fútil que simplesmente prolonga por horas ou dias a morte (inevitável) em estado vegetativo irreversível.”

Em evolução, necessário se faz que sejam realizadas reflexões bioéticas, no sentido de auxiliar os médicos em suas tomadas de decisão, e em relação aos cuidados com os pacientes em estado terminal, os quais já estejam sem possibilidades terapêuticas. É necessário que essa reflexão e o juízo crítico, ocorram amparados em valores referencias e não somente em princípios. Segundo Hossne 2006, “os referenciais seriam como o próprio nome indica, as pontes de referência para a reflexão bioética, assim os princípios deixam de ser princípios (direito e ou deveres) e passam a ser ponto de referência”, nos quais devemos nos fundamentar para elaborar a reflexão bioética”. A teoria dos referenciais engloba os princípios da bioética e além destes as virtudes, como a compaixão, solidariedade, confidencialidade entre

outros, interagindo de forma inter e transdisciplinar, o que é da essência da bioética. Assim é que a equipe multidisciplinar deve focar suas condutas visando a dignidade do paciente.

Segundo Bitencourt *et al.* (2007), a terminologia referente às condutas a serem empregadas ou negadas ao paciente terminal é polêmica, as mais comumente descritas, são: não-adoção e/ou retirada de medidas de suporte de vida; ordem de não reanimar; interrupção de tratamento fútil; suspensão de cuidados ordinários e/ou extraordinários; distanásia e ortotanásia.

O tema sobre decisões éticas na fase final da vida, constitui-se um dilema de posição relevante no contexto da bioética, e é muito discutido não somente no Brasil, como na maioria dos países.

“A medicina curativa nas UTIs tem sido obstinada em ajudar a ganhar mais tempo de vida, mas ainda se omite em proporcionar qualidade de vida ao seu término.” (Costa Filho *et al.*, 2008).

As UTIs nas últimas décadas não somente tem apresentado um grande desenvolvimento técnico e científico, mas também em seus objetivos humanísticos, mudanças fundamentais no tratamento intensivo moderno, e em questões de decisões de fim de vida, contudo ainda não adaptados a uma avaliação ética dessas decisões.

Moritz *et al.* (2008), descreve os princípios fundamentais dos cuidados paliativos na UTI são: “aceitar a morte como um processo natural do fim da vida; deve sempre ser priorizado o melhor interesse do paciente; as futilidades diagnóstica e terapêutica devem ser repudiadas; a vida não deve ser encurtada, nem o processo de morte prolongado; a qualidade de vida e do morrer devem ser garantidos; a dor e outros sintomas associados devem ser aliviados; deve haver os cuidados dos aspectos clínicos, psicológicos, sociais e espirituais dos pacientes e de seus familiares; deve ser respeitada a autonomia do paciente e de seus representantes legais; deve ser avaliado o custo-benefício a cada atitude médica assumida; e deve existir um estímulo da interdisciplinaridade como prática assistencial.”

Segundo os autores citados, de uma forma geral as ações paliativas na unidade de terapia intensiva podem ser: de **planejamento e ação**, em que todas as ações de prevenção e terapêuticas devem ser planejadas com a

participação da família-paciente e da equipe assistencial; privilegiar a adequada comunicação; fornecer apoio aos envolvidos no processo, como os familiares e funcionários; permitir a flexibilidade das visitas e, se possível, um acompanhante; **controle dos sintomas e promoção do conforto ao paciente**; com a incorporação da prevenção e tratamento da dor, na rotina dos cuidados intensivos, e o alívio da dor deve ser garantido, mesmo em situações de duplo efeito de medicação; devem ser reconhecidos e tratados os aspectos físicos e psicológicos da dispneia e dor; **visar o bem estar do paciente e a não maleficência**; através da suspensão de tratamentos fúteis que prolonguem o morrer, como por exemplo: drogas vasoativas, métodos dialíticos, nutrição parenteral total; adequação dos tratamentos não fúteis, como por exemplo: sedoanalgesia individualizada, reavaliação do suporte ventilatório.

Devem ser respeitados a autonomia do indivíduo e o princípio da não maleficência, o consentimento do paciente ou de seus representantes legais deve ser registrado em seu prontuário médico, e deve anteceder a decisão da equipe médica. A documentação das decisões dos pacientes nos prontuários, é de suma importância porquanto não estão consolidadas sequer padronizadas as condutas do processo de tomada de decisão para pacientes em cuidados de final de vida internados em UTI.

Segundo Moritz *et al.* (2008), "... ainda não existe definição legal, no Brasil, no que concerne a mudança de enfoque terapêutico, de curativo para paliativo.

A permissão para que o médico não adote, e/ou retire as medidas de suporte de vida do paciente em estado terminal, está prevista na Resolução n.º. 1805/2006, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Essa Resolução diminuiu os constrangimentos legais em decorrência das disposições do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei n.º. 2848/40), porquanto, permite aos médicos as medidas de limitação do esforço terapêutico, porém sem deixar de assistir aos pacientes, no que toca ao esforço, físico, emocional e espiritual, porém esta não tem força de lei, até que o Código Penal Brasileiro seja revisado.

Contudo, por versar sobre ética médica, não trouxe uma modificação significativa para o cotidiano médico, no trato com os pacientes em estado

terminal, na verdade ela incentiva os médicos na descrição dos procedimentos adotados ou não, aos pacientes nesta situação, possibilitando maior transparência e controle da atividade médica.

Conforme a Resolução em questão, o conceito de ortotanásia tomou um contexto amplo; a omissão do tratamento fútil, com os cuidados para o alívio da dor: “Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis 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” (Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Diário Oficial da União. 2006 Nov. 28: seção I, p.169.). (Conselho Federal de Medicina, 2006)

A Resolução n. 1805/2006, embora busque solucionar a questão, nada mais faz do que contribuir para a reflexão de uma futura normatização legislativa a respeito desse tema, que é de grande importância para a atividade médica e para a sociedade brasileira.

O novo Código de Ética Médica, Resolução CFM 1931/2009, inciso XXII do Preâmbulo, observa 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”.

Outro aspecto do Novo Código, é o reforço do caráter antiético do prolongamento artificial do processo de morte, com sofrimento do doente, sem perspectiva de cura ou melhora.

Esse instrumento atualizado, em seu aspecto ético, deverá conduzir o roteiro a ser seguido ante os dilemas da atualidade, contudo os médicos devem estar atentos na realização de ajustes fundamentais, para que a medicina avance com justiça e ética.

Segundo Fonseca, Mendes Junior e Fonseca (2012), “É possível que, num futuro próximo, os CP sejam tratados como uma especialidade médica no Brasil, denominada medicina paliativa. Essa especialidade já existe em países como Inglaterra, Austrália e Canadá. O caminho para esse reconhecimento no Brasil deu-se no início de 2010, quando os CP foram

aprovados como área de atuação nas especialidades de geriatria, anestesiologia, medicina comunitária, pediatria e clínica médica além de estar incluído no código de ética médico”.

Contudo, a legislação penal brasileira ainda não está adequada aos diferentes termos empregados nas condutas médicas adotadas ao paciente em estado terminal.

Exemplo disto; é o entendimento dúbio de que a conduta médica de limitação de tratamento, pode ser confundida com a prática de eutanásia; figura jurídica não prevista no ordenamento jurídico brasileiro; e ainda, com o crime de auxílio ao suicídio: - quando a pessoa ajuda outra na prática de uma ação ou omissão que cause a sua morte; e/ou de crime homicídio:- quando uma pessoa pratica ação que causa a morte de outra pessoa, conceitos que de certa forma, indiretamente acabam favorecendo as condutas médicas que podem caracterizar a distanásia, incorrendo em tratamento fútil e prolongamento do processo de morte .

Segundo Diniz (2006), “Pela distanásia, também designada obstinação terapêutica (*L'acharnement thérapeutique*) ou futilidade médica (*medical futility*), tudo deve ser feito mesmo que cause sofrimento atroz ao paciente. Isso porque a distanásia é morte lenta e com sofrimento. Trata-se de prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte[...]”

O conceito de distanásia é o oposto ao conceito da ortotanásia, posto que enquanto esta visa uma morte digna, aquela, fere a dignidade do paciente.

Existe, portanto, no Brasil, um cenário de insegurança jurídica que envolve o direito à vida relacionado diretamente aos hospitais, profissionais da saúde, pacientes e seus representantes.

Pelo exposto percebe-se a abrangência do tema entre os autores, e a escassez de bibliografia jurídica, que propicia imprecisões conceituais e de critérios para estudos, a fragilidade da legislação existente e a falta de homogeneidade terminológica, levando a interpretações equivocadas e distorcidas da realidade da prática médica.

Soma-se a estes fatos, a falta de revisões criteriosas e abrangentes sobre o tema, justificando a importância de estudos complementares nessa linha de pesquisa.

Conclusão dos Autores

6. CONCLUSÃO DOS AUTORES

Os estudos analisados sugerem que a instalação de equipes de cuidados paliativos pode diminuir o sofrimento dos familiares e dos pacientes que estão recebendo cuidados de fim de vida em unidade de terapia intensiva, devido a redução da taxa de mortalidade em UTI, e redução do tempo de internação em UTI. Com a transferência dos pacientes em cuidados de fim de vida, das unidades de terapia intensiva para as unidades de cuidados paliativos, reduz-se a utilização de procedimentos onerosos e monitoramentos intensos, reduzindo-se com isso os custos, e podendo inclusive realizar um gerenciamento mais eficaz da dor dos familiares e pacientes no final de vida.

Referências

9. REFERÊNCIAS

Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care Med*. 2014;42(11):2418-28.

Barnato AE, Mohan D, Lane RK, Huang YM, Angus DC, Farris C, et al.. Advance care planning norms may contribute to hospital variation in end-of-life care ICU: a simulation study. *Med Decis Making*. 2014;34(4):473-84.

Binney ZO, Quest TE, Feingold PL, Buchman T, Majesko AA. Feasibility and economic impact of dedicated hospice inpatient units for terminally ill ICU patients. *Crit Care Med*. 2014;42(5):1074-80.

Bitencourt AGV, Dantas MP, Neves FBCS, Almeida AM, Melo RMV, Albuquerque LC, et al.. Conduas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(2):137-43.

Bomtempo TV. A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: uma análise constitucional. *Rev Int Direito Cid*. 2011;4(9):169-82.

Campbell ML, Guzman JA. Impact of a proactive approach to improve end-of-life care in a medical ICU. *Chest*. 2003;123(1):266-71.

Cheung W, Aggarwal G, Fugaccia E, Thanakrishnan G, Milliss D, Anderson R, et al.. Palliative care teams in the intensive care unit; a randomised, controlled, feasibility study. *Crit Care Resusc*. 2010;12(1):28-5.

Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.805, de 28 de novembro de 2006 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169) [Internet]. Brasília: CFM; 2006 [acesso 20 Fev 2014]. Disponível em:

http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm.

Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173) [Internet]. Brasília: CFM; 2009 [acesso 20 Fev 2014]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122

Costa Filho RC, Costa JLF, Gutierrez FLBR, Mesquita AF. Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(1):88-92.

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.

Presidência da Republica (BR). Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Brasília: Casa Civil; 1940 [acesso 20 Fev 2014]. p. 2391. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm

Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG. Analysing data and undertaking meta-analyses. In: Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Chichester: John Wiley & Sons; 2008. Chap 9, p. 95-150.

Diniz MHD. O estado atual do biodireito. 3a ed. São Paulo: Saraiva; 2006. p. 399.

Digwood G, Lustbader D, Pekmezaris R, Lesser ML, Walia R, Frankenthaler M, et al.. The impact of a palliative care unit on mortality rate and length of stay for medical intensive care unit patients. Palliat Support Care. 2011;9:387-92.

Elsayem A, Smith LM, Parmley L, Palmer JL, Jenkins R, Reddy S, et al.. Impact of a palliative care service on in-hospital mortality in a comprehensive cancer center. *J Palliat Med.* 2006;9(4):894-902.

Fonseca AC, Mendes Jr VW, Fonseca MJM. Cuidados Paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012;24(2):197-206.

Gutierrez PL. O que é o paciente terminal?. *Rev Assoc Méd Bras.* 2001;47(2):92.

Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ.* 2003;327(7414):557-60.

Hossne WS. Bioética-princípios ou referenciais? *Mundo Saúde.* 2006;30:673-6.

Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer.* 2014;120(11):1743-9.

Kim CH, Friedman T, Gracely E, Gasperino J. Integrating palliative care into critical care: a quality improvement study. *J Intensive Care Med.* 2015;30(6):358-64.

Klein C, Heckel M, Treibig T, Hofmann S, Ritzer-Rudel I, Ostgathe C. The palliative care team in the intensive care unit. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2012;107(4):240-3.

Kross EK, Engelberg RA, Downey L, Cuschieri J, Hallman MR, Longstreth WT Jr, et al.. Differences in end-of-life care in the ICU across patients cared for by medicine, surgery, neurology, and neurosurgery physicians. *Chest.* 2014;145(2):313-21.

Jang RW, Krzyzanowska MK, Zimmermann C, Taback N, Alibhai SM. Palliative care and the aggressiveness of end-of-life care in patients with advanced pancreatic cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2015;107(3):dju424.

Lamba S, Murphy P, McVicker S, Smith JH, Monsethal AC. Changing end-of-life care practice for liver transplant service patients: structured palliative intervention in the surgical intensive care unit. *J Pain Symptom Manage.* 2012;44(4):504-19.

Lim T, Nam SH, Kim MS, Yoon KS, Kim BS. Comparison of medical expenditure according to types of hospice care in patients with terminal cancer. *Am J Hosp Palliat Care.* 2013;30(1):50-2. doi: 10.1177/1049909112442586.

Lin WY, Chiu TY, Hsu HS, Davidson LE, Lin T, Cheng KC, et al.. Medical expenditure and family satisfaction between hospice and general care in terminal cancer patients in Taiwan. *J Formosan Med Assoc.* 2009;108(10):794-802.

Lloyd CB, Nietert PJ, Silvestri GA. Intensive care decision making in the seriously ill and elderly. *Crit Care Med.* 2004;32(3):649-54.

Lonberger EA, Russell CL, Burton SM. The effects of palliative care on patient charges. *J Nurs Adm.* 1997;27(11):23-6.

Lustbader D, Pekmezaris R, Frankenthaler M, Walia R, Smith F, Hussain E, et al.. Palliative medicine consultation impacts DNR designation and length of stay for terminal medical MICU patients. *Palliative Support Care.* 2011;9(4):401-6.

Maciel GSM. Definições e princípios. In: Oliveira RA. *Cuidado paliativo.* São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p. 15-32.

Mantel N, Haenszel W. Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. *J Natl Cancer Inst.* 1959;22:719-48.

Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, et al.. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(4):422-8.

Mularski RA, Osborne ML. End-of-life care in the critically ill geriatric population. Crit Care Clin. 2003;19(4):789-810.

Naib T, Lahewala S, Arora S, Gidwani U. Palliative care in the cardiac intensive care unit. Am J Cardiol. 2015;115(5):687-90.

Nelson JE, Danis M. End-of-life care in the intensive care unit: where are we now?. Crit Care Med. 2001;29(2 Suppl):N2-9.

Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, Greener HT, Buckley MJ, Quill TE. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: Effects on length of stay for selected high-risk patient. Crit Care Med. 2007;35(6):1530-5.

Obermeyer Z, Makar M, Abujaber S, Dominici F, Block S, Cutler DM. Association between the Medicare hospice benefit and health care utilization and costs for patients with poor-prognosis cancer. JAMA. 2014;312(18):1888-96.

Paice JA, Muir JC, Shott S. Palliative care at the end of life: comparing quality in diverse settings. Am J Hosp Palliat Care. 2004;21(1):19-27.

Piva JPP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Rev Bioética. 2013;1(2).

Santoro LF. A necessidade de uma correta definição. In: Morte digna: o direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá; 2012. p.117-40.

Silva LC, Mendonça ARA. A terminalidade da vida e o médico: as implicações bioéticas da relação médico-paciente terminal. Geriatr Gerontol. 2011;5(1):24-30.

Sprung CL, Ledoux D, Bulow HH, Lippert A, Wennberg E, Baras M, et al..
Relieving suffering or intentionally hastening death: where do you draw the
line?. Crit Care Med. 2008;36(1):8-13.

Strand JJ, Billings JA. Integrating palliative care in the intensive care unit. J
Support Oncol. 2012;10(5):180-7.