



**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

<b>Quadro I - Características dos estudos incluídos .....</b>	<b>37</b>
<b>Quadro II - Estudos excluídos .....</b>	<b>48</b>

# *Sumário*

---

---

---

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

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2. OBJETIVO</b> .....	30
<b>3. MÉTODOS</b> .....	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
<b>4. RESULTADOS</b> .....	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
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	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
<b>6. CONCLUSÃO DOS AUTORES .....</b>	<b>61</b>
<b>7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA .....</b>	<b>63</b>
<b>8. IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA .....</b>	<b>65</b>
<b>9. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
<b>10. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>74</b>
<b>11. ANEXO I.....</b>	<b>76</b>

# *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 referenciais 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.

*Objetivo*

---

## **2. OBJETIVO**

Determinar se a instalação de equipes de cuidados paliativos pode diminuir o sofrimento dos familiares e dos pacientes que estão recebendo cuidados de fim de vida (doentes em estado terminal) reduzindo a mortalidade e o tempo de internação em Unidades de Terapia Intensiva.

*Métodos*

---

### 3. MÉTODOS

#### 3.1. Critérios para considerar os estudos para esta revisão

**Tipos de estudos:** iniciou-se a pesquisa por estudos controlados, mas como não foram encontrados foram incluídos estudos retrospectivos.

**Participantes:** pacientes adultos em estado terminal internados em Unidade de Terapia Intensiva.

**Intervenção:** instituição de equipe de cuidados paliativos.

**Controle:** momento anterior quando não existiam as equipes.

**Desfechos avaliados:**

Tempo de internação em UTI.

Mortalidade em UTI.

Qualidade de vida

##### 3.1.1 - Estratégia de busca para identificação dos estudos

Foram pesquisadas as seguintes bases de dados: MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências e Saúde) via PUBMED, LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCOPUS, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL); e fontes adicionais de ensaios publicados e não publicados.

Os estudos foram avaliados por critérios de seleção, considerados primeiramente pelo título e resumo, identificados na busca inicial, realizados por dois pesquisadores, de forma independente e cega, e num segundo momento a avaliação do texto completo. As divergências sobre os artigos que seriam selecionados para a leitura, foram resolvidos por consenso, e quando este não foi obtido, o artigo foi selecionado para a leitura completa.

Foi utilizada a seguinte estratégia de busca; nos descritores em Ciências da Saúde (DeCs) da BIREME e o Medical Subject Headings Section (MeSH) do PUBMED/MEDLINE, usando as seguintes palavras chaves em português: “Cuidados Paliativos”; “Cuidados de Final de Vida”; e “Unidades de Terapia Intensiva. Em inglês as palavras chaves foram: “Palliative Care”; “End of life Care”; e “ Intensive Care Units”, respectivamente.

### **3.1.2 - Seleção dos estudos**

Inicialmente os estudos foram agrupados, e removidos os artigos duplicados. Examinados os títulos e resumos para remover os artigos irrelevantes. Recuperados textos na íntegra dos artigos potencialmente relevantes. Examinados textos completos para avaliação dos critérios de elegibilidade. Tomada de decisão final sobre a inclusão do estudo e coleta de dados. Dois revisores (B.D.C.P.C.C.M e A.J.M.C.) localizaram independentemente estudos potencialmente elegíveis pela triagem de títulos e resumos. Obtidas cópias completas de estudos potencialmente elegíveis. Dois revisores agindo de forma independente, decidiram sobre a inclusão ou exclusão de estudos, com base nos formulários de inclusão e exclusão pré-definidos. Foi planejado para resolver quaisquer divergências por discussão, se isso não resultasse em consenso, a opinião do terceiro autor que seria decisiva. Foram documentadas as razões para a exclusão de qualquer artigo.

### **3.2. Extração e gerenciamento de dados**

Foram extraídos detalhes independentemente de estudos elegíveis e sendo resumidos usando uma folha de extração de dados específica para esta revisão. Este resumo contém as características basais dos participantes, intervenções, inclusão do número de participantes, medidas de desfechos e a duração do acompanhamento. Dois revisores extraíram de forma independente todos os dados relativos às intervenções estudadas. Planejado resolver quaisquer divergências por discussão.

### **3.3. Avaliação dos riscos de vieses**

Como foi encontrado somente um pequeno estudo randomizado os estudos incluídos foram considerados com alto risco de viés, pois eram observacionais retrospectivos, em períodos de tempo diferentes.

### **3.4. Quantificação do Efeito da Intervenção**

Desfechos dicotômicos (mortalidade em UTI) foram apresentados como razão de risco com o seu correspondente intervalo de confiança (IC) a

95%. Para os desfechos contínuos (tempo de internação em UTI) foram analisados as diferenças de média com o correspondente IC a 95%.

### **3.5. Avaliação da heterogeneidade**

Foi avaliada primeiramente, heterogeneidade estatística, usando o teste estatístico  $I^2$  que examina o percentual da variação total entre os estudos (Higgins, 2003). Os valores de  $I^2$  abaixo de 40% indicam baixo nível de heterogeneidade e justifica o uso do modelo de efeito fixo para a metanálise. Para valores maiores de  $I^2$  deve ser usado o modelo de efeitos aleatórios. Deve ser considerado que a heterogeneidade estatística, metodológica e clínica estariam presentes. (Deeks, 2008).

### **3.6. Síntese dos resultados**

Para o desfecho mortalidade em UTI, como a heterogeneidade não era importante ( $I^2 < 40\%$ ), foi utilizado um modelo de efeito fixo de acordo com o método de Mantel-Haenszel de metanálise (Mantel, 1959). Para o desfecho tempo de internação em UTI, como a heterogeneidade era alta, foi utilizado o modelo de efeitos aleatórios. Foi utilizado o programa da Cochrane (RevMan 5.3) para a realização das metanálises.

### **3.7. Parecer ético**

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp) e obteve dispensa de parecer ético, por se tratar de revisão sistemática.

# *Resultados*

---

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Descrição dos estudos

#### 4.1.1 - Resultados da pesquisa

As bases eletrônicas e outras fontes identificaram 399 citações bibliográficas. Destas foram selecionadas para a leitura completa do texto, 27 artigos cujo título e resumo indicavam aproximação com o tema. Oito estudos contemplaram os critérios de inclusão (Campbell e Guzman, 2003; Elsayem *et al.*, 2006; Norton *et al.*, 2007; Curtis *et al.*, 2008; Cheung *et al.*, 2010; Digwood *et al.*, 2011; Lustbader *et al.*, 2011; Lamba *et al.*, 2012), e 19 foram excluídos. O fluxograma do processo de seleção dos artigos está apresentado na figura 1 (última pesquisa às bases: 18/12/2015).

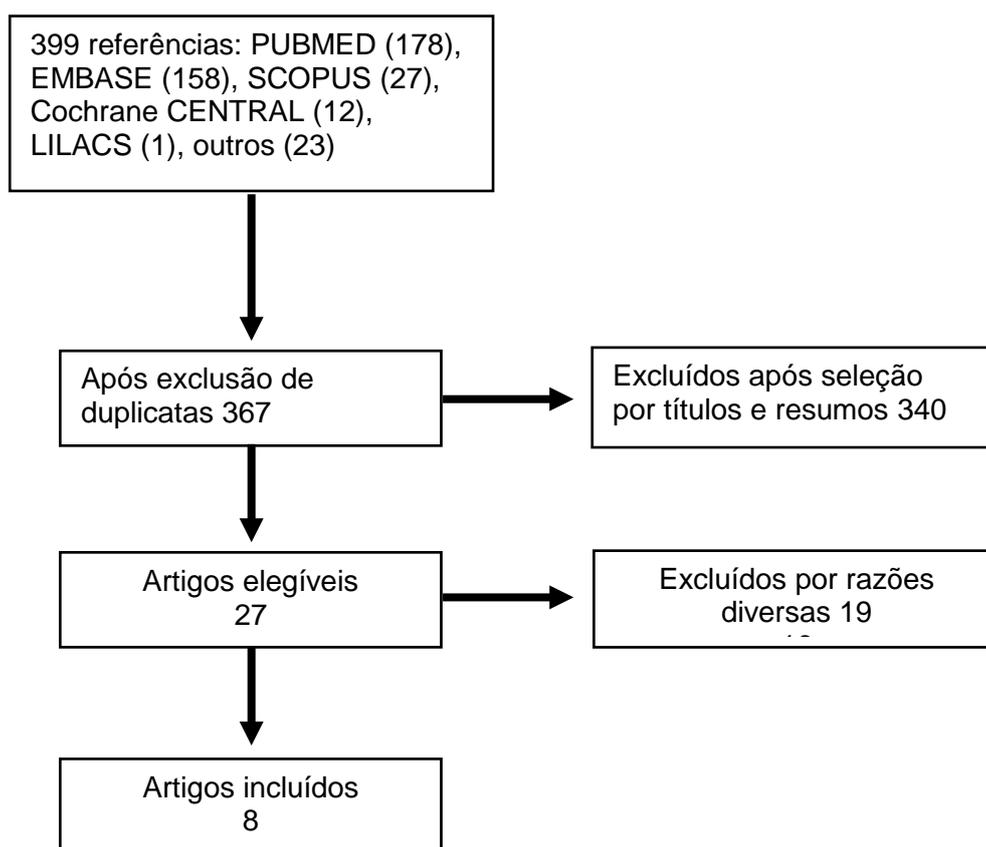


Figura 1- Fluxograma da seleção dos artigos incluídos

Os oito estudos incluídos envolveram 7846 participantes, sendo sete deles estudos observacionais comparando dados retrospectivos antes da instalação da equipe de cuidados paliativos, com dados após a instalação das

equipes. Somente um pequeno estudo com 20 participantes (Cheung et al., 2010) foi randomizado. Os artigos selecionados estão apresentados no quadro I.

Quadro I - Características dos estudos incluídos

Estudo	Tipo de Estudo	Método	Local do estudo	N (antes)	N (após)
Campbell e Guzman, 2003	Comparativo de Coortes Retrospectivo e Prospectivo	Retrospectivo: grupo controle histórico (01/07/98 a 30/06/99), análise de prontuários dos pacientes ICG e FMOA, na UTI; e, Prospectivo: grupo intervenção (01/07/99 a 30/06/00) intervenções de cuidados paliativos na UTI.	Detroit Receiving Hospital. Detroit, Michigan, EUA	FMOA - 22 ICG - 18	FMOA - 21 ICG - 20
Elsayem et al, 2006	Revisão Retrospectiva	Revisão na base de dados eletrônicos do hospital, no período de 1999 a 2004, comparando o período antes de 09/1999, foi instituída a equipe de cuidados paliativos, com o período após, até 2004. Em 2002 foi criada a UCP.	University of Texas M.D. Anderson Cancer Center. Huston, Texas, EUA	Óbitos em UTI em um ano 280 Não fornece número de internações	Óbitos em UTI em um ano 258 Não fornece número de internações
Norton et al, 2007	Prospectivo Observacional	Conduzido de 26/03/2004 a 03/03/2005, para todos pacientes admitidos na UTI entre identificados com doença grave e alto risco de morte. Fase de cuidados habituais (26/03/2004 a 23/07/2004); e a fase proativa de cuidados paliativos (26/07/2004 a 03/03/2005).	University of Rochester Medical Center, Rochester, New York, EUA.	65	126
Curtis et al., 2008	Revisão Retrospectiva	Revisão em prontuários médicos de pacientes que morreram, antes (colocar período) e depois (período) de uma intervenção de melhoria da qualidade em cuidados paliativos em UTI.	Harborview Medical Center, University of Washington. Seattle, Washington, EUA	253	337
Cheung et al., 2010	Estudo Randomizado Controlado	Conduzido de 05/2006 e 10/2008, para pacientes em condição terminal ou pré-terminal, cuja melhora da situação clínica foi considerada improvável. Período de avaliação de 05/2006 a 10/2008.	Concord Repatriation General Hospital. Sidney, New South Wales, Australia	10	10
Digwood et al., 2011	Revisão Retrospectiva	Revisão de dados eletrônicos de todas as altas da UTI Médica de 01/01/2006 a 31/12/2009: 5035 casos. Foram comparados os dois anos que antecederam a abertura da Unidade de Cuidados Paliativos (01/10/2008) e os dois anos posteriores.	North Shore University Hospital. area metropolitana de New York, New York, EUA	2319	2716
Lustbader et al, 2011	Duas Coortes Retrospectivas	Comparação de duas coortes. Grupo controle histórico; que morreram internados na UTI, entre 01/01/03 e 30/06/04, comparados àqueles que morreram no período de 01/01/05 a 01/06/09, quando já introduzida a Medicina Paliativa na UTI.	North Shore University Hospital. Manhasset, New York, EUA	515	693
Lamba et al, 2012	Prospectivo Observacional	Pacientes do Serviço de Transplante de Fígado, na UTI Cirúrgica, antes (03/2003 a 03/2004) e depois (03/2004 a 05/2005) da intervenção de cuidados paliativos.	University of Medicine and Dentistry of New Jersey, University Hospital, Newark, Nova Jersey, EUA	79	104

#### **4.1.2 - Local dos estudos**

Campbell e Guzman, 2003 (Detroit, Michigan, EUA); Elsayem *et al.*, 2006 (Huston, Texas, EUA); Norton *et al.*, 2007 (Rochester, New York, EUA); Curtis *et al.*, 2008 (Seattle, Washington, EUA); Cheung *et al.*, 2010 (Sidney, New South Wales, Australia); Digwood *et al.*, 2011 (área metropolitana de New York, New York, EUA); Lustbader *et al.*, 2011 (Manhasset, New York, EUA); Lamba *et al.*, 2012 (Newark, Nova Jersey, EUA)

#### **4.1.3 - Pacientes e período de inclusão**

Campbell e Guzman, 2003; analisou 81 pacientes, no período de 01/07/1998 a 30/06/1999.

Elsayem *et al.*, 2006; analisou 4021 óbitos em todo hospital, no período de 09/1998 a 08/2004, mas não apresentou o número de internações no período, portanto comparamos só a mortalidade do ano 1999 (antes), com a mortalidade do ano 2004 (após); n= 538.

Norton *et al.*, 2007; analisou 191 pacientes, no período de 26/03/2004 a 03/03/2005.

Curtis *et al.*, 2008; analisou 590 pacientes, no período de 07/2003 a 10/2005.

Cheung *et al.*, 2010; analisou 20 pacientes, no período de 05/2006 a 10/2008.

Digwood *et al.*, 2011; analisou 5035 pacientes, no período de 01/01/2006 a 31/12/2009.

Lustbader *et al.*, 2011; analisou 1208 pacientes, no período de 01/01/2003 a 01/06/2009.

Lamba *et al.*, 2012; analisou 183 pacientes, no período de 03/2003 a 05/2005.

#### **4.1.4 - Tipos de intervenção**

No estudo de **Campbell e Guzman, 2003**; a intervenção da equipe de cuidados paliativos constou de:

- 1) Envolvimento precoce do serviço de cuidados paliativos no processo de comunicação de notícias de prognóstico para a família;
- 2) Assistência na identificação de preferências antecipadas do paciente para o fim-de vida, se houver;
- 3) Assistência com discussão das opções prognósticas e tratamento com os pacientes ou seus substitutos;
- 4) Implementação de estratégias de cuidados paliativos, quando a decisão foi alterada para "apenas medidas de conforto" ;
- 5) A prestação de consulta e educação para a equipe principal sobre estratégias de cuidados paliativos.

No estudo de **Elsayem et al., 2006**, a intervenção foi de consulta da equipe de cuidados paliativos, realizadas por uma equipe móvel e um centro de tratamento ambulatorial, a instituição do programa de Cuidados Paliativos (PCU) foi no final do ano de 1999, sendo comparados os valores do ano de 1999(antes) com os outros anos até 2004 (após).

No estudo de **Norton et al., 2007**, a intervenção foi de uma consulta de cuidados paliativos básica ou completa, para os pacientes que reuniram pelo menos um dos critérios de inclusão.

A consulta básica de cuidados paliativos incluía:

- a) revisão completa do quadro, incluindo histórico médico com evolução da hospitalização do paciente, eventos que antecederão a admissão na UTI, presença ou ausência de cuidados de saúde, procuração ou diretriz antecipada, envolvimento da família nas tomadas de decisão, e decisão de limitação de tratamento documentado.
- b) breve histórico da doença atual e exame físico com avaliação de sintomas comuns (dor, dispneia, náuseas, agitação, depressão, ansiedade), bem como o plano em prática necessário e sua eficácia para lidar com sintomas.
- c) discussões com médicos, enfermagem e equipe da UTI Médica, membros do serviço social, sobre a gestão da equipe e metas de atendimento ao paciente, apoio às necessidades dos membros das famílias, e sobre quaisquer dificuldades relacionadas com a tomada de decisão do tratamento.

- d) discussão e avaliação de recomendações de cuidados paliativos com o médico assistente.
- e) consolidação das informações apuradas nos itens anteriores com as recomendações de cuidados paliativos, em formulário próprio de avaliação.

A consulta completa de cuidados paliativos incluía todos os componentes de uma intervenção básica, e mais:

- a) nos cuidados paliativos a plena participação de um médico, incluindo avaliação e recomendações.
- b) envolvimento regular direto da equipe de cuidados paliativos, com membros da família do paciente, com participação em reuniões para facilitar as tomadas de decisão sobre as metas de atendimento e decisões sobre limitação de tratamento.
- c) envolvimento direto da equipe de cuidados paliativos e outros consultores e prestadores de serviços médicos envolvidos no tratamento do paciente, para determinar a eficácia do tratamento e metas de atendimento.
- d) avaliação e disponibilidade de toda a equipe multidisciplinar de cuidados paliativos para suporte adicional ao paciente e sua família.

No estudo de **Curtis *et al.*, 2008**, a intervenção foi um projeto interdisciplinar e multifacetado para melhorar os cuidados paliativos na UTI, e almejou os médicos e o hospital, e não pacientes individuais ou seus familiares. A intervenção foi de melhoria da qualidade e baseou-se na teoria da auto eficácia, para as mudanças em conhecimentos, atitudes e comportamentos de médicos da UTI, utilizando inquéritos e medidas de desfecho, bem como da duração da permanência. As intervenções foram:

- 1) Educação clínica de cuidados intensivos nos cuidados paliativos;
- 2) Formação de líderes locais de UTI;
- 3) Detalhamento acadêmico da enfermagem e diretores médicos;
- 4) Comentários sobre os dados de melhoria de qualidade;
- 5) suporte ao sistema.

No estudo **Cheung et al., 2010** a intervenção foi de consulta da equipe de cuidados paliativos, em adição aos cuidados de fim de vida habituais da UTI, proporcional com as condições clínicas do paciente. A primeira consulta ocorreu após 24 h. da randomização.

No estudo de **Digwood et al., 2011**, a intervenção foi transferência dos pacientes que estavam morrendo na Unidade de Terapia Intensiva, para a Unidade de Cuidados Paliativos, para o tratamento da dor e do sofrimento associado a doença, com tratamento consistente na preferência do paciente ou da família em ambiente propício, mesmo aqueles que receberam ventilação mecânica, terapia de reposição renal, medicações vasoativas e outros tratamentos de suporte de vida.

No estudo de **Lustbader et al., 2011**, a intervenção consistiu de consulta de cuidados paliativos na UTI, através de acompanhamento do prontuário médico, avaliação laboratorial, exames radiológicos e colaboração da equipe de UTI.

Foi realizada uma intervenção primária com a família do paciente, paciente ou seu substituto, com história, diagnóstico, prognóstico, opções de tratamento, preferências do paciente nos cuidados de fim de vida.

No estudo de **Lamba et al., 2012**, a intervenção incluiu a integração de cuidados paliativos consistentes em: na Parte I, na admissão, o suporte familiar, prognósticos, delineamento de preferências do paciente; e na Parte II, com 72 horas, a intervenção incluiu os encontros familiares interdisciplinares, discussão de objetivos de cuidados, ordens de não reanimar, retirada de suporte de vida (suporte ventilatório e pressórico), e a coleta de percepções dos familiares.

#### **4.1.5 - Desfechos avaliados**

No estudo de **Campbell e Guzman, 2003**, os desfechos avaliados foram:

- 1) A mortalidade hospitalar;
- 2) Tempo de internação na UTI;
- 3) Intervalo de tempo da admissão na UTI e a Designação de Não Reanimar (DNR);

- 4) Tempo entre identificação do estado crítico e estabelecimento dos cuidados paliativos;
- 5) Tempo entre identificação do estado crítico e morte.

No estudo de **Elsayem et al., 2006**, os desfechos avaliados foram:

- 1) taxa de mortalidade nas UTIs, e nas outras diversas enfermarias do hospital, em relação a mortalidade geral do hospital;
- 2) tempo de internação em UTI e nas outras diversas enfermarias do hospital.

No estudo de **Norton et al., 2007**, os desfechos avaliados foram:

- 1) Primários; tempo de permanência do paciente:
  - a) no hospital;
  - b) na UTI;
  - c) desde a admissão na UTI até a alta hospitalar.
- 2) Secundário:
  - a-) taxa de mortalidade (hospital e UTI).

No estudo de **Curtis et al., 2008**, os desfechos avaliados foram:

- 1) pesquisa de avaliação da qualidade de morrer e da morte junto e da satisfação junto à família dos pacientes e enfermeiros;
- 2) tempo de internação em UTI.

No estudo de **Cheung et al., 2010**, os desfechos avaliados foram:

- 1) Mortalidade em UTI e no hospital;
- 2) Taxa de consulta pela equipe de cuidados paliativos;
- 3) Tempo médio de internação no hospital e na UTI;
- 4) Satisfação do paciente, família e equipe de assistência.

No estudo de **Digwood et al., 2011**, os desfechos avaliados foram:

- 1) Taxa de mortalidade na Unidade de Terapia Intensiva Médica;
- 2) Tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva Médica.

No estudo de **Lustbader et al., 2011**, os desfechos avaliados foram:

- 1) Média de tempo de internação na UTI;
- 2) Mediana do tempo de internação hospitalar;

- 3) Distribuição do tempo até a morte do paciente;;
- 4) Tempo médio desde a admissão, até a morte na UTI Médica;
- 5) Tempo de admissão na UTI Médica até a morte;
- 6) Número de pacientes com designação de não reanimar na morte, e o número de pacientes com insuficiência respiratória com ventilação mecânica.

No estudo de **Lamba *et al.*, 2012**, os desfechos avaliados foram:

- 1) Taxa de mortalidade em UTI
- 2) Taxa de designação de não reanimar, e o tempo dessa designação
- 3) Tempo médio de internação na UTI;

#### **4.1.6 - Descrição dos estudos incluídos**

**Campbell e Guzman, 2003**, realizaram um estudo comparativo de coorte retrospectiva antes da instalação de uma equipe de cuidados paliativos, com uma coorte prospectiva após a instalação da equipe, para atendimento de pacientes irremediavelmente doentes que tiveram isquemia cerebral global grave (ICG) após ressuscitação cardiopulmonar, ou falência múltipla dos órgãos avançada (FMOA).

A Coorte retrospectiva consistiu em: um grupo controle histórico obtido através de análise de prontuários de pacientes com ICG após ressuscitação cardiopulmonar, quando constatado após 24 h. da parada cardíaca: coma, ausência de reflexos da pupila e/ ou da córnea, ausência de resposta a estímulos de dor profunda, e convulsões tônico-clônicas ou mioclônicas atribuídas à isquemia cerebral. Foram excluídos os pacientes que estavam recebendo barbitúricos ou agentes bloqueadores neuromusculares, ou que possuíam critérios clínicos de morte encefálica.

A Coorte Prospectiva, consistiu nas mesmas populações de pacientes, submetidos as intervenções de cuidados paliativos, sem alterar a rotina na prática, e envolveu a coleta de dados sem comprometer a confidencialidade do paciente.

Foram incluídos na análise retrospectiva, 18 pacientes com ICG e 22 pacientes com FMOA, e na análise prospectiva; 22 pacientes com ICG e 21 pacientes com FMOA.

No estudo de **Elsayem et al., 2006**, revisão retrospectiva foi realizada nos bancos de dados computadorizados para determinar o número de óbitos e altas dos pacientes (de todo hospital, e não por unidade de internação), durante o período de estudo; 09/1998 a 08/2004, e as intervenções incluíram consultas que foram realizadas pela equipe de cuidados paliativos através de uma equipe móvel e um centro de tratamento ambulatorial. Foram comparados os resultados obtidos no ano de 1999, antes da instituição do programa de cuidados paliativos com os resultados dos anos de 2000 a 2004.

O estudo de **Norton et al., 2007**, é prospectivo observacional antes e após uma intervenção de consultas de cuidados paliativos, que foi conduzido de 26/03/2004 a 03/03/2005, para todos pacientes admitidos na UTI, identificados com doença grave e alto risco de morte, no prazo de 72 h. da admissão. Para inclusão o paciente deveria atender um dos seguintes critérios; admissão aos cuidados paliativos após uma internação por tempo igual ou maior que 10 dias; idade maior que 80 anos com duas ou mais comorbidades que ameaçam a vida; diagnóstico de uma doença maligna ativa em estágio IV; e, estado pós parada cardíaca ou diagnóstico de hemorragia intracerebral, com necessidade de ventilação mecânica.

A fase de cuidados habituais ocorreu, por 4 meses, no período de 26/03/2004 a 23/07/2004, através de observação de prontuários médicos, e envolveu 65 pacientes. A fase proativa de cuidados paliativos para melhoria do desempenho, durante 7 meses e meio, no período de 26/07/2004 a 03/03/2005, através de consulta básica ou completa de cuidados paliativos, e envolveu 126 pacientes.

O estudo de **Curtis et al., 2008**, é descritivo de uma avaliação antes e depois de um projeto interdisciplinar e multifacetado, da intervenção para melhorar os cuidados paliativos na UTI. A intervenção, ocorreu no período de 04/2004 a 11/2004, e almejou os médicos e o hospital, e não pacientes individuais ou seus familiares.

A intervenção foi de melhoria da qualidade e baseou-se na teoria da auto eficácia, e antecipou as mudanças em conhecimentos, atitudes e comportamentos de médicos da UTI, para melhorar os cuidados paliativos e fim de vida na UTI, utilizando inquéritos e medidas de desfecho, bem como da duração da estadia, avaliados por enfermeiros.

Para a identificação dos pacientes elegíveis (590 pacientes), foram incluídos os que morreram na UTI depois de uma permanência mínima de 6 hs. antes da morte, ou que morreram 24 hs. depois de ter sido transferido para outro local do hospital. Foram revisados diariamente: internação, altas e /ou registros de transferência, durante dois períodos de tempo: antes da intervenção: julho de 2003 a Março de 2004; e depois da intervenção, dezembro de 2004 a outubro de 2005.

Foram excluídos pacientes que estavam na UTI por menos de 6 horas, porque os médicos não tiveram tempo suficiente para assumir seus cuidados, e também foram excluídos aqueles que morreram após 24 horas de transferência para fora da UTI, por suspeita de que os cuidados anteriores na UTI, poderiam não ter exercido um impacto significativo sobre as avaliações de qualidade de cuidados de fim de vida.

Os questionários foram enviados para o membro da família após 4 a 6 semanas da morte de um paciente, e foram distribuídos questionários para os enfermeiros dentro das 48 horas da morte do paciente, aquele qualificado para cuidar do paciente durante o turno que o paciente morreu, ou foi transferido da UTI, e também, para o enfermeiro que cuidou do paciente durante o turno anterior.

O estudo **Cheung et al., 2010**, trata de um estudo randomizado controlado, no período de Maio de 2006 e Outubro de 2008, para determinar a viabilidade das equipes de cuidados paliativos, em melhorar a satisfação do paciente, da família e das equipes, daqueles pacientes que receberam cuidados de fim de vida na Unidade de Terapia Intensiva, e reduzir marcadores alternativos de custos de saúde. Inicialmente o período foi de 24 meses e estendido para 29 meses por causa do recrutamento lento.

Foram eleitos os pacientes em condição terminal ou pré-terminal, para quem a equipe de tratamento intensivo, considerou ser improvável a melhora na situação clínica, com a continuação do tratamento intensivo.

A intervenção, foi a consulta da equipe de cuidados paliativos, em adição aos cuidados de fim de vida habituais da UTI.

Foram envolvidos 20 pacientes, sendo 10 para cada grupo, alocados através de randomização gerada por computador, por um estatístico

independente usando a técnica da moeda tendenciosa, e sequencialmente armazenada em envelopes lacrados.

O estudo de **Digwood et al., 2011**, é uma revisão retrospectiva de dados eletrônicos de todas as altas da UTI Médica de 01/01/2006 a 31/12/2009: 5035 casos, para avaliar o impacto da Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), com 10 leitos, sobre a Unidade Médica de Cuidados Intensivos (UMCI), e a mortalidade e tempo de permanência para pacientes em estado crítico.

Foram comparados o local da morte para os pacientes da UTI Médica, durante os dois anos que antecederam a abertura da Unidade de Cuidados Paliativos (01/10/2008) e os dois anos posteriores.

O objetivo da criação dessa Unidade de Cuidados Paliativos, foi descomprimir as UTIs muito cheias, e prover cuidados aos pacientes com alta probabilidade de morrer, apesar dos tratamentos agressivos.

O estudo de **Lustbader et al., 2011**, consistiu em dois Coortes Retrospectivos, para verificar o impacto da consulta de medicina paliativa no tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Médica e no hospital, para pacientes admitidos na UTI Médica entre 01/01/2003 a 01/06/2009.

O Grupo controle histórico incluiu 515 pacientes, no período de 01/01/2003 e 30/06/2004, antes da criação do serviço de consulta de Medicina Paliativa, comparado com grupo de intervenção, 693 pacientes internados na UTI no período de 01/01/2005 a 01/06/2009. Em 01/01/2005, foi introduzida a medicina paliativa na UTI.

Foram considerados apenas os pacientes que morreram nos dois grupos, e os do grupo de intervenção receberam consulta de cuidados paliativos na UTI, através de acompanhamento do prontuário médico, avaliação laboratorial, exames radiológicos e colaboração da equipe de UTI.

Foi realizada uma intervenção primária com a família do paciente e com o paciente ou seu substituto, através de análise da história, diagnóstico, prognóstico, opções de tratamento, preferências do paciente nos cuidados de fim de vida.

O Estudo de **Lamba et al., 2012**, é um estudo prospectivo observacional, em pacientes da UTI Cirúrgica, em pré e pós estudo de Serviço de Transplante de Fígado, antes e depois da intervenção de cuidados

paliativos, com o objetivo de verificar se a comunicação inicial com os médicos e com as famílias, poderia melhorar os cuidados de fim de vida na prática do serviço.

As medidas incluíram a Parte I, na admissão, com suporte familiar, prognósticos, delineamento de preferências do paciente, e na Parte II, com 72 horas, incluiu os encontros familiares interdisciplinares, dados sobre discussão de objetivos de cuidados, ordens de não reanimar, retirada de suporte de vida, e a coleta de percepções dos familiares.

A intervenção incluiu a integração de cuidados paliativos.

Foram analisados 189 pacientes, no grupo controle, dos 79 pacientes com transplante de fígado, 21 morreram; e foram comparados ao grupo de intervenção, dos 104 pacientes, 31 morreram.

#### **4.2. Estudos excluídos**

Foram excluídos 19 estudos pelos seguintes motivos:

Cinco estudos tiveram objetivos divergentes de intervenção de cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva (Lin *et al.*, 2009; Lim *et al.*, 2012; Obermeyer *et al.*, 2012; Kross *et al.*, 2014; Binney *et al.*, 2014).

Quatorze estudos tinham metodologia inapropriada: (Barnato *et al.*, 2014; Lonberger *et al.*, 1997; Nelson & Danis, 2001; Mularski & Osborne, 2003; Paice *et al.*, 2004; Lloyd *et al.*, 2004; Sprung *et al.*, 2008; Klein *et al.*, 2012; Strand & Billings, 2012; Aslakson *et al.*, 2014; Hui *et al.*, 2014; Naib *et al.*, 2014; Jang *et al.*, 2015; Kim *et al.*, 2015). Os artigos excluídos estão apresentados no quadro II.

## Quadro II - Estudos excluídos

Estudo	Razão da exclusão
Lin <i>et al.</i> , 2009	Este estudo, avaliou despesas médicas e a satisfação com a família em diferentes modelos de cuidados para pacientes com câncer terminal, que morreram durante a internação no período de Janeiro de 2003 a Dezembro de 2005. Os pacientes foram alocados em três grupos: ala de <i>hospice</i> ; enfermaria geral; e grupo misto (inicialmente na enfermaria geral, então transferido para ala de <i>hospice</i> ).
Lim <i>et al.</i> , 2012	Este estudo, comparou as despesas médicas em <i>hospice</i> e enfermaria geral, em pacientes que receberam cuidados paliativos em um hospital da Coréia.
Obermeyer <i>et al.</i> , 2012	Este estudo de coorte envolveu pacientes com cuidados <i>hospice</i> e <i>nonhospice</i> , para comparar a utilização e os custos dos cuidados de saúde.
Kross <i>et al.</i> , 2014	Este estudo explorou os cuidados de fim de vida através das especialidades de atendimento, dos pacientes que morreram internados na UTI, ou logo depois da alta, e pela satisfação da família e enfermagem em relação ao atendimento, a qualidade da morte, e a documentação de prestação de cuidados paliativos.
Binney <i>et al.</i> , 2014	Este estudo foi desenhado para demonstrar a viabilidade da transferência de pacientes criticamente doentes da UTI para o <i>hospice</i> , e descrever as características clínicas dos pacientes que foram transferidos com aqueles não transferidos, e avaliar o funcionamento e o impacto econômico.
Barnato <i>et al.</i> , 2014	Este estudo, coorte retrospectivo, das internações hospitalares de cuidados para pacientes com câncer ou insuficiência cardíaca congestiva e/ou doença pulmonar obstrutiva crônica, ente 2001 e 2007.
Lonberger <i>et al.</i> , 1997	Este estudo mostra um delineamento antes e depois da implantação de uma equipe de cuidados paliativos, coletados a partir dos registros médicos. O estudo avaliou se as equipes de cuidados paliativos, podem ser uma resposta para os cuidados de um paciente irremediavelmente doente sem ter custos elevados.
Nelson & Danis, 2001	Este estudo é uma revisão que mapeou a situação atual na tentativa de melhorar os cuidados paliativos na unidade de cuidados intensivos, gestão dos sintomas, comunicação sobre as preferências e metas de melhoria do cuidado, e das práticas vigentes para limitação de tratamentos de suporte de vida.
Mularski & Osborne, 2003	Este estudo é uma revisão que abordou a base de conhecimento e habilidades que os médicos precisam ter para orientar o uso adequado da tecnologia da UTI em idosos facilitando de forma pacífica e digna o processo de morte daqueles que não tem mais como se beneficiarem dessa tecnologia.
Paice <i>et al.</i> , 2004	Este estudo é uma revisão retrospectiva, com avaliação da melhoria da qualidade dos cuidados de final de vida, durante um período de seis meses, dos pacientes que morreram na UTI, Unidade Médica Geral, Unidade de Oncologia, Unidade de Cuidados Paliativos, comparados oferecidos a todos os pacientes que morreram no hospital geral.
Lloyd <i>et al.</i> , 2004	Este estudo coorte prospectivo com intervenção que comparou os pacientes com ventilação mecânica por 14 dias; e os pacientes com a ventilação mecânica por 1 mês com a colocação de traqueostomia e alimentação por sonda, e examinou a qualidade de vida na pré-admissão, os preditores da taxa de mortalidade e qualidade de vida pós-UTI, duração e intensidade dos cuidados de UTI iriam influenciar na tomada de decisão dos pacientes cronicamente doentes ou idosos que estavam internados.
Sprung <i>et al.</i> , 2008	Este estudo é uma análise secundária de um estudo observacional prospectivo, que buscou demonstrar que não existe uma distinção clara entre tratamentos administrados para aliviar a dor e o sofrimento, e aqueles destinados a encurtar o processo de morte. Foram analisados prospectivamente os pacientes adultos que morreram ou tiveram qualquer limitação das intervenções de suporte de vida na UTI de

	01/01/1999 a 30/06/2000, seguidos até a alta da UTI, a morte, ou 2 meses a partir de limitar a terapia.
Naib <i>et al.</i> , 2014	Este estudo buscou determinar o efeito das intervenções de <b>discussão de meta de atendimento</b> sobre os resultados, tempo de permanência, mortalidade em regime de internamento, e redirecionamento de metas de atendimento para medidas de conforto ou suspensão de tratamentos de suporte de vida, tais como ventilação mecânica ou apoio hemodinâmico.
Aslakson <i>et al.</i> , 2014	Este estudo com foco clínico, revisou evidências de oportunidades para melhorar os cuidados paliativos para adultos criticamente doentes, resumir estratégias para a melhoria dos cuidados paliativos na UTI e identificar os recursos para apoiar a implementação.
Jang <i>et al.</i> , 2015	Este estudo é um coorte retrospectivo através de prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de pâncreas avançado (em Ontário/Canadá), no período de 01/01/2005 e 31/12/2010, e que subsequentemente morreram, avaliaram o impacto das consultas de cuidados paliativos nesses pacientes, em relação a quimioterapia, admissão na UTI, atendimentos de emergência e múltiplas hospitalizações, comparada com o impacto de intensidade dos cuidados agressivos, e taxa mensal de visitas de cuidados paliativos
Klein <i>et al.</i> , 2012	Este estudo é uma revisão de abordagem dos cuidados paliativos na UTI, as tarefas da equipe de cuidados paliativos, e o foco familiar e social, objetivos terapêuticos, e planejamento de assistência.
Strand & Billings 2012	Este estudo de caso, discutiu como os cuidados paliativos podem ser integrados nos cuidados de pacientes de UTI, e como melhorar a comunicação centralizada na família; e também destaca o cuidado de pacientes de UTI no final da vida.
Hui <i>et al.</i> , 2014	Este estudo é uma revisão retrospectiva que dispensou a exigência de consentimento informado, é uma análise secundária de um estudo que examinou o padrão de referência de cuidados paliativos. Foram incluídos todos os pacientes adultos na área de Houston, que morreram de câncer avançado entre 01/09/2009 e 28/02/ 2010; que receberam consulta de cuidados paliativos. Os dados foram obtidos em consulta de cuidados paliativos e indicadores de qualidade dos cuidados de fim de vida.
Kim <i>et al.</i> , 2015	Este estudo é uma revisão retrospectiva de prontuários médicos, foram incluídos 121 pacientes, identificados 41 pacientes na UTI médica e neurológica que receberam cuidados paliativos entre julho e outubro 2010, e foram identificados um grupo controle de 80 pacientes, que não receberam cuidados paliativos. Os dois grupos foram analisados de forma concomitante no período, e não pré e pós a instalação dos cuidados paliativos.

### 4.3. Efeitos das Intervenções

#### 4.3.1 - Tempo de internação em UTI

Foi possível realizar a metanálise para o tempo de internação em UTI utilizando quatro estudos (Campbell e Guzman, 2003; Norton *et al.*, 2007; Curtis *et al.*, 2008; e Lamba *et al.*, 2012). No estudo de Campbell e Guzman, 2003; foram avaliados dois tipos de pacientes, com FMOA e ICG, sendo fornecidas medias e desvio padrão separados, por isso entraram na metanálise por duas vezes, com 43 pacientes com FMOA e 38 com ICG. No estudo de Campbell e Guzman, 2003; foram analisados 81 pacientes, no estudo de

Norton *et al.*, 2007, foram analisados 191 pacientes, no de Curtis *et al.*, 2008; foram avaliados 590 pacientes, e 52 no de Lamba *et al.*, 2012; totalizando 914 pacientes. Houve redução significativa de aproximadamente 2,5 dias no tempo de internação com a aplicação da intervenção: media -2,44 dias (IC -4,41 a -0,48)  $p=0,01$ , mas houve grande heterogeneidade entre os estudos ( $I^2 = 86\%$ ) (figura 2).

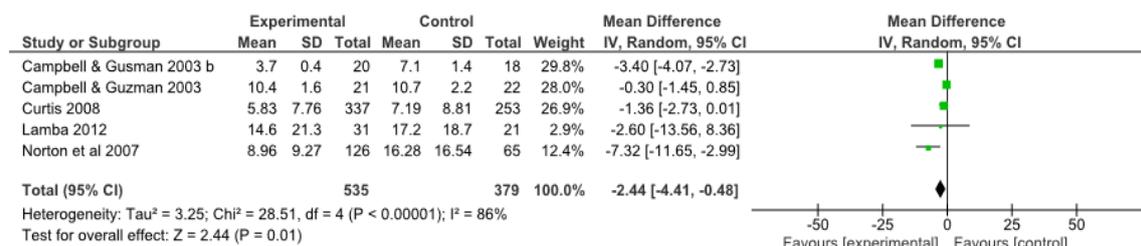


Figura 2: Metanálise do tempo de internação em UTI antes e após a instalação das equipes de cuidados paliativos

No estudo de Cheung *et al.*, 2010; o tempo de internação foi dado em mediana e intervalo interquartilico: controle sem intervenção (n= 10), mediana= 5(8) dias, grupo com intervenção (n=10), mediana= 3(7) dias. Digwood et al 2011 apresentou o tempo de internação em média, mas não forneceu o desvio padrão: antes (n=2319), media= 4,6 dias, após (n= 2716), media= 4 dias. Elsayem et al 2006 apresentou o resultado em mediana e valor mínimo e máximo para todos os pacientes que morreram em UTIs: ano de 1999 (antes), (n=280), mediana= 12 (1-75), ano de 2004 (após), (n=258), mediana= 11 (1-156). Lustbader *et al.*, 2011; apresentou o tempo em mediana, sendo de 4 dias tanto antes (n= 515), como depois (n= 693).

#### 4.3.2 - Mortalidade em UTI

Foi possível realizar metanálise da mortalidade em UTI com quatro estudos (Norton *et al.*, 2007; Cheung *et al.*, 2010; Digwood *et al.*, 2011; e Lamba *et al.*, 2012) num total de 5429 pacientes. A mortalidade foi significativamente menor no grupo que sofreu intervenção: razão de risco=0,78 (IC 0,70 a 0,87)  $p<0,00001$ , com baixa heterogeneidade entre os estudos ( $I^2=18\%$ ). O numero necessário tratar para evitar uma morte na UTI é de 23 (NNT=23) (figura 3).

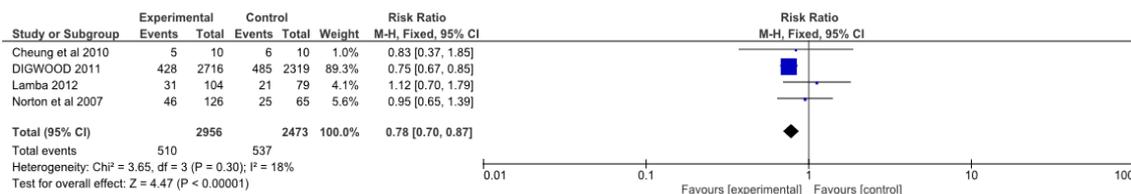


Figura 3: Metanálise da mortalidade em UTI antes e após a instalação das equipes de cuidados paliativos.

No estudo de **Elsayem et al., 2006** a taxa de mortalidade em UTI foi dada em relação a mortalidade global do hospital, os outros estudos (Campbell e Guzman 2003, Curtis et al. 2008, Lustbader et al, 2011) não apresentaram esse desfecho.

#### 4.3.3 - Qualidade de Vida em UTI

O estudo de **Curtis et al. 2008**, foi o único que mostrou o desfecho de qualidade de vida em UTI, com uma pesquisa sobre qualidade de vida, através de questionário “Quality of Dying and Death (QODD) Questionnaire”, realizado junto a família, mas não houve diferença quando o desfecho foi comparado antes e depois da intervenção:

a) avaliação da qualidade de morrer e da morte - Desvio Padrão (DP):

Antes (n=125)	Após (n=150)	p
62.3 (25.1)	67.1 (25.9)	0,09

b) avaliação da satisfação com os cuidados da UTI (DP):

Antes (n=125)	Após (n=150)	p
80.8 (16.18)	83.0 (16.54)	0.14

#### 4.4. Outros desfechos avaliados pelos estudos e apresentados em forma descritiva

No estudo de **Campbell e Guzman, 2003** a mortalidade hospitalar foi de 100% para os pacientes com FMOA, tanto no grupo controle quanto no de intervenção. Em relação aos pacientes com ICG, todos do grupo de intervenção morreram, sendo que do grupo controle, dois deles, em coma persistente, receberam alta para instalação de ventilação mecânica.

Intervalo de tempo da admissão na UTI e a DNR, para pacientes com FMOA e pacientes com ICG:

	Antes (coorte retrospectiva)	Após (coorte prospectiva)
FMOA	9.0±2.3 dias (n=20)	8.6±1.4 dias (n=21)
ICG	3.5±0.5 dias (n=16)	2.8±0.4 dias (n=20)

Tempo entre identificação do estado crítico e estabelecimento de somente medidas de conforto:

	Antes (coorte retrospectiva)	Após (coorte prospectiva)
FMOA	7.3±2.9 dias (n=20)	2.2±0.8 dias (n=21)
ICG	6.3±1.2 dias (n=16)	3.5±0.4 dias (n=20)

Tempo entre identificação do estado crítico e a morte:

	Antes (coorte retrospectiva)	Após (coorte prospectiva)
FMOA	5.8±2.1 dias (n=20)	2.1±0.7 dias (n=21)
ICG	3.1±1.0 dias (n=16)	2.2±0.4 dias (n=20)

No estudo de **Elsayem et al., 2006**; foi avaliado o tempo de internação geral para os pacientes que morreram em todas as unidades de internação do hospital, sendo esse tempo em dias apresentado em mediana e variação mínimo e máximo, antes e depois da intervenção.

Antes (1999)	Após (2004)
10 (1-140)	9 (1-156)

Apresentou também a taxa de mortalidade geral no hospital, antes e após a intervenção: 1999 (3,6%), 2000 (3,7%), 2001(3,6%), 2002 (3,5%), 2003 (3,6%), 2004 (3,7%), Taxa de mortalidade nas UTIs relativas a mortalidade geral do hospital:

UTI Médica.

Antes (1999)	Após (2004)
226 /583 óbitos (39%)	213 /764 óbitos (28%)

UTI Cirúrgica.

Antes (1999)	Após (2004)
54/583 óbitos (9%)	45/764 óbitos (6%)

No estudo de **Norton *et al.*, 2007**; o tempo de internação em todo o hospital foi apresentado em dias (média) [mediana], antes e depois da intervenção.

Antes (cuidados usuais)	Após (cuidados paliativos)
41,40 (58,41) [24,5]	35,77 (50,19) [17]

Apresentou também o tempo desde a admissão na UTI até a alta hospitalar, apresentando em dias (média) [mediana], antes e depois da intervenção.

Antes (cuidados usuais)	Após (cuidados paliativos)
33,87 (55,01) [18]	26,65 (43,95) [12]

A taxa de mortalidade geral no hospital.

Antes (cuidados usuais)	Após (cuidados paliativos)
36/65 óbitos (55,4%)	75/126 óbitos (59,5%)

No estudo de **Curtis et al., 2008**; o tempo de internação hospitalar em média, com desvio padrão (DP), e em mediana e intervalo interquartilício (IIQ), antes e após a intervenção:

	Antes (n=253)	Após (n=337)	p
Média (DP) dias	9.38 (2-11.75)	4.00 (1-10.0)	
Mediana (IIQ) dias	5.00 (1.57-9.47)	3.6 (1.02-7.25)	0.02

A pesquisa através de questionário junto aos enfermeiros, apresentada com pontuação e DP, sobre satisfação:

a-) avaliação da qualidade de morrer e da morte (DP):

	Antes (n=216)	Após (n=307)	p
	63.1 (18.1)	67.1 (23.7)	0.01

O estudo de **Cheung et al, 2010**; **mostra** a mortalidade no Hospital, antes e após a intervenção:

	Antes (N=10)	Após (N=10)
	7 (70%)	9 (90%)

Tempo médio de internação no Hospital (mediana- intervalo interquartilício):

	Antes (N=10)	Após (N=10)
	11(27)	5 (8)

Diferenças na média global, da composição da pontuação de satisfação da família com a gestão do paciente (intervalo possível: 20-180): controle; antes 161 (n=4), após 151.5 (n=4), e de intervenção; antes 153,8 (n=5), após 144.8 (n=5), diferença -6%, nos dois grupos, p=0,56 (ANCOVA).

Diferenças na média global da composição da pontuação de satisfação da equipe de enfermagem (intervalo possível: 11-99): controle; Antes 69,4 (n=4), Após 79.6 (n=4), diferença 10.1 (15%), e de intervenção; Antes 70,4 (n=5), Após 74.2(n=5), diferença 3.8 (5%), p=0,23 (ANCOVA).

Média global da composição da pontuação de satisfação dos intensivistas, (intervalo possível: 11-99): controle; antes 81.5 (n=4), após 83.2 (n=4), diferença 1.7 (2%), e de intervenção; antes 76.8 (n=5), após 75.6 (n=5), diferença -1,3 (-2%), p=0,008 (ANCOVA).

No estudo de **Lustbader et al., 2011**; o tempo de internação hospitalar foi apresentado em mediana:

Antes (n=515)	Após (n=693)
12	11

Mediana de tempo de admissão na UTI Médica até a morte:

Antes (n=515)	Após (n=693)
5	6

Número de pacientes com designação de não reanimar na morte:

Antes (n=515)	Após (n=693)
350 (68%)	593 (86%)

Número de pacientes com insuficiência respiratória requerendo ventilação mecânica:

Antes (n=515)	Após (n=676)
411 (80%)	589 (87%)

Número de pacientes com retirada de ventilação mecânica:

Antes (n=515)	Após (n=675)
84 (16%)	125 (19%)

No estudo de **Lamba et al., 2012**; foram avaliados os seguintes desfechos para os pacientes que foram a óbito:

## Taxa de designação de não reanimar:

Antes (n=21)	Após (n=31)	p
11 (52%)	25 (81%)	0.030

## Tempo da admissão à DNR:

	Antes (n=21)	Após (n=31)	p
Média $\pm$ DP	38.1 $\pm$ 29.9	19.3 $\pm$ 20.2	0.076
Mediana (IIQ)	31 (12-72)	17 (4-25)	0.096

## Tempo da DNR ao óbito:

	Antes (n=21)	Após (n=31)	p
Média $\pm$ DP	2.1 $\pm$ (2.2)	4.2 $\pm$ 9.8	0.497
Mediana (IIQ)	1.0 (1-2)	1.0 (1-3)	0.710

# *Discussão*

---

## **5. DISCUSSÃO**

### **5.1. Resumo dos principais resultados**

Existem evidências através dos estudos analisados, de que a instalação de equipes de cuidados paliativos podem levar a redução da mortalidade em UTI, e diminuir o tempo de internação em UTI após a instalação dessas equipes.

### **5.2. Completude e aplicabilidade geral da evidência**

A maioria dos estudos incluídos analisou o tempo de internação, mas muitos apresentaram esse desfecho em mediana, ou media sem desvio padrão, não sendo possível incluir esses estudos na metanálise. Foram utilizados quatro estudos na metanálise para o tempo de internação em UTI (Campbell e Guzman, 2003; Norton *et al.*, 2007; Curtis *et al.*, 2008 e Lamba *et al.*, 2012). Apesar da metanálise ter mostrado uma redução significativa do tempo de internação em UTI, a heterogeneidade entre os estudos foi muito alta, comprometendo com isso a credibilidade da metanálise.

A mortalidade em UTI foi analisada por cinco estudos (Norton *et al.*, 2007; Cheung *et al.*, 2010; Digwood *et al.*, 2011; Elsayem *et al.*, 2006; e Lamba *et al.*, 2012; mas, um deles apresentou-a em porcentagem de todas as mortes do hospital (Elsayem *et al.*, 2006), não sendo possível incluir esse estudo na metanálise. Como a mortalidade em UTI só foi reduzida na metanálise devido aos resultados de somente um estudo (Digwood *et al.*, 2011), a aplicabilidade geral da evidência de que a instalação de equipe de cuidados paliativos podem levar a redução da mortalidade em UTI fica enfraquecida.

Além disso, quatro estudos incluíram revisão retrospectiva em dados de prontuários médicos, e outro comparou duas coortes retrospectiva e prospectiva; somente um estudo era randomizado controlado; e outro um estudo prospectivo observacional, o que mantém a evidência ainda mais enfraquecida.

### **5.3. Qualidade da evidência**

Os estudos incluídos foram considerados com alto risco de viés, pois a maioria deles apresentou dados retrospectivos na sua análise, baixando assim a qualidade da evidência.

### **5.4. Vieses potenciais no processo de revisão**

Estamos confiantes de que a pesquisa ampla da literatura utilizada nesta revisão tenha capturado a maior parte da literatura relevante publicada e minimizado a probabilidade de que nós tenhamos perdido estudos relevantes.

No entanto, alguns estudos podem nunca ter sido publicados e há possibilidade de que os que foram identificados, sejam aqueles que mostram com pouca força os efeitos da intervenção, tornando-se uma ameaça potencial para enfraquecer a evidência.

### **5.5. Acordos e desacordos com outros estudos ou revisões**

Não foram encontradas revisões sobre o assunto, e os artigos que estudaram os desfechos avaliados nesta revisão mostraram tendência à redução do tempo de internação em UTI, e menor mortalidade em UTI, a não ser o estudo de Lamba *et al.*, (2012) que mostrou tendência a maior mortalidade no grupo intervenção.

Foi encontrado um estudo (Kim *et al.*, 2015), que a princípio parece estar em desacordo com os achados desta revisão. Trata-se de uma análise retrospectiva comparando os pacientes internados em UTI de julho a outubro de 2010 que receberam consulta de cuidados paliativos (CP) com os que não receberam (não CP). Identificaram 41 pacientes CP, e sortearam para comparação, 80 pacientes não CP, dos 121 que se encontravam internados. Os pacientes CP tiveram maior tempo de internação em UTI (8 dias, IQR 4-15 vs 4 dias, IQR 2-7;  $P < .001$ ) e também maior mortalidade (64.3% vs 12.5%,  $P < .001$ ). Estes resultados parecem estar em desacordo com os desta revisão, mas devemos levar em consideração que os pacientes CP eram mais idosos ( $64 \pm 19.2$  anos vs  $55.6 \pm 14.5$  anos;  $P 0,021$ ) e apresentavam mais comorbidades que os não CP, portanto este grupo costuma mesmo ficar mais tempo em UTI, e ter maior mortalidade que os pacientes menos graves.

*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.

*Implicações Para a Prática*

---

## **7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Os estudos apontam que os serviços de cuidados paliativos nas UTIs, podem diminuir a mortalidade e tempo de internação em UTI. Isso pode representar uma redução na utilização de recursos não benéficos, e de forma concomitante pode representar economia nos custos do tratamento, além da possibilidade da liberação de leitos de UTI para os pacientes que possam se beneficiar deles. A abordagem paliativa em tempo adequado, poderia aproximar a Medicina de uma forma ampla à dignidade do homem.

*Implicações Para a Pesquisa*

---

## **8. IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA**

A literatura ainda é escassa em relação aos estudos quantitativos que analisem a satisfação da família, a qualidade de vida, o tempo de internação e mortalidade nas Unidades de Terapia Intensiva, com o emprego dos cuidados paliativos para pacientes terminais. Mais estudos de boa qualidade são necessários para responder adequadamente esta questão.

## *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](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](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/De12848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.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.

# *Bibliografias*

---

## **10. BIBLIOGRAFIAS**

Borges RCBB. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: Santos MCCL. Biodireito: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2001. p. 283-305.

Bruera E, Elsayem A. Palliative care unit and medical intensive care unit deaths. *Palliat Support Care*. 2012;10:145.

Lopes AC, Lima CAS, Santoro LF. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos. São Paulo: Atheneu; 2011.

Oliveira RA, Carvalho RT. Bioética: refletindo sobre os cuidados. In: Oliveira RA. Cuidado paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p. 573-94.

Pessini L, Bertanchini L. O que entender por cuidados paliativos?. 2a ed. São Paulo: Paulus; 2006.

*Anexo*

---

## 11. ANEXO I

### ESTRATÉGIA DE BUSCA

("end of life care" OR "life care end" OR "life care ends" OR "terminal care") AND ("intensive care unit" OR "intensive care units") AND ("palliative care" OR "palliative treatment" OR "palliative treatments" OR "palliative therapy" OR "palliative surgery")

### PUBMED ( Resultado: 178 documentos )

("end of life care"[All Fields] OR "life care end"[All Fields] OR ("terminal care"[MeSH Terms] OR ("terminal"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "terminal care"[All Fields] OR ("life"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "ends"[All Fields])) OR "terminal care"[All Fields] AND ("intensive care unit"[All Fields] OR "intensive care units"[All Fields]) AND ("palliative care"[All Fields] OR "palliative treatment"[All Fields] OR "palliative treatments"[All Fields] OR "palliative therapy"[All Fields] OR "palliative surgery"[All Fields]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms]))

### EMBASE (Resultado:158 documentos)

'end of life care'/exp OR 'end of life care' OR 'life care end' OR 'life care ends' OR 'terminal care'/exp OR 'terminal care' AND ('intensive care unit'/exp OR 'intensive care unit' OR 'intensive care units'/exp OR 'intensive care units') AND ('palliative care'/exp OR 'palliative care' OR 'palliative treatment'/exp OR 'palliative treatment' OR 'palliative treatments' OR 'palliative therapy'/exp OR 'palliative therapy' OR 'palliative surgery'/exp OR 'palliative surgery')

### SCOPUS (Resultado: 27 documentos)

(( end of life care OR life care end OR life care ends OR terminal care ) AND ( intensive care unit OR intensive care units ) AND ( palliative care OR palliative treatment OR palliative treatments OR palliative therapy OR palliative surgery ) )

### LILACS (Resultado: 01 documento)

w:(tw:(((end of life care OR life care end OR life care ends OR terminal care) AND ( intensive care unit OR intensive care units) AND (palliative care OR palliative treatment OR palliative treatments OR palliative therapy OR palliative surgery))) AND (instance:"regional")) AND (instance:"regional")

### COCHRANE CENTRAL (Resultado:12 documentos)

("end of life care" OR "life care end" OR "life care ends" OR "terminal care") AND ( "intensive care unit" OR "intensive care units") AND ("palliative care" OR "palliative treatment" OR "palliative treatments" OR "palliative therapy" OR "palliative surgery") in Title, Abstract, Keywords in Trials'